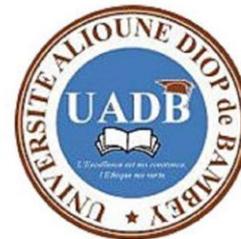


**CENTRE DES RESSOURCES DE DAKAR DE L'UNIVERSITE
ALIOUNE DIOP DE BAMBEY**



Un Peuple – Un But – Une Foi

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE DE MASTER II
EN VUE DE L'OBTENTION D'UN DIPLOME EN MANAGEMENT DES PROGRAMMES
DE SANTE



**CONTRIBUTION DANS L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE
DES INDIGENTS PAR UN REGIME D'ASSISTANCE MEDICALE (EX :
CAS DU RAMED) À L'HOPITAL GABRIEL TOURE (MALI - BAMAKO)**



PROMOTION 2014 - 2015

REALISE PAR :
NGO BITJOKA SAMANTHA FIONA

DIRIGE PAR :
Mme Laurence TOURE
(Présidente de l'ONG MISELI)

Dr Alioune Badara GUEYE
(Enseignant associé à l'Université Alioune Diop de
Bambeï)

REMERCIEMENTS

Nous rendons grâce au DIEU Tout Puissant de nous avoir permis de réaliser ce mémoire.

Mon père et ma mère BITJOKA Joseph et BITJOKA Satou qui malgré la distance, ont continuellement apporté un soutien moral et également des encouragements tout le long de ma formation. Un grand merci à vous !

Tous mes frères et sœurs : NGO BITJOKA Jacqueline ; NGO BITJOKA Mahaliah ; BITJOKA Arthur ; SOMAN BITJOKA Yvan ; NTAMACK NTAMACK Roger Martin pour votre profond attachement fraternel et sincère, Que DIEU renforce notre union !

Tous mes amis : François KUEKAM ; Paul Arsène AHANDA BACNA ; Maick NGASSAKY ; Christian TCHAKAM ; Raoul Aubin FUNTCHUE FONGUE ; Mireille Santana Elombo NKWAYA. Merci pour vos encouragements !

Nous tenons à remercier particulièrement Madame Laurence TOURE, Présidente de l'ONG Miseli (MALI) qui a accepté que je me joigne à son équipe pour rédiger ce mémoire tout en acquérant de l'expérience.

Nous remercions aussi notre Directeur de mémoire et enseignant Dr Gueye qui, malgré son emploi du temps très chargé, a accepté de nous guider dans ce travail. Vos qualités intellectuelles ainsi que votre expérience en matière de gestion hospitalière nous ont été d'un grand apport. Trouver ici l'expression profonde de notre gratitude.

C'est le moment pour moi d'exprimer toute ma profonde gratitude envers toutes les personnes, qui d'une manière ou d'une autre, ont contribué à ma formation.

Mes sincères remerciements vont à l'endroit de :

Madame Assitan KONARE qui m'a accueillie durant tout mon séjour au Mali et a apporté un grand soutien dans la réalisation de ce travail. Votre profond attachement maternel et sincère m'a beaucoup marqué.

Monsieur Aboubakry DIA, Directeur du Centre de Ressources de Dakar de l'Université Alioune Diop de Bambey pour ses encouragements permanents et ses conseils pendant la réalisation de ma formation.

Les professeurs et encadreurs du Centre de Ressources de Dakar pour la qualité de leur enseignement et encadrement.

Au personnel de l'Hôpital Gabriel TOURE pour leur disponibilité dans le cadre de la collecte de mes données.

Dr Youssouf KARAMBE pour sa disponibilité remarquable et son soutien pour la rédaction de ce mémoire

Dr Abdourahmane COULIBALY, collègue et ami, pour ses avis précieux, un grand merci.

Dr Tony Zitti collègue et ami également, pour sa disponibilité et ses encouragements dans la rédaction de ce travail.

Koffi Fernand AHOMAGNON ami particulier qui a été d'un grand soutien moral, matériel et surtout financier. Un grand merci pour sa générosité, merci pour tes conseils.

Pierre Nicolas MEIDO oncle particulier qui a été d'un grand soutien moral. Un grand merci pour ses précieux conseils.

Je dédie ce travail à AHOMAGNON Fernand

LISTE DES ACRONYMES

ANAM: Agence Nationale d'Assistance Maladie
CANAM: Caisse Nationale d'Assistance Maladie
CHU: Centre Hospitalier Universitaire
CHU GT: Centre Hospitalier Universitaire de Gabriel TOURE
CMIE: Centre Médical Inter-Entreprises
CSA: Centre de Santé d'Arrondissement
CSC: Centre de Santé de Cercle
CSLP: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSCOM: Centre de Santé Communautaire
CSREF: Centre de Santé de Référence
DANS: Direction Nationale des Affaires Sociales
DMS: Durée Moyenne de Séjour
DNGM: Direction Nationale de la Géologie et des Mines
DNSP: Direction Nationale de la Santé Publique
EDS: Enquête Démographique et de Santé
EMOP : Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages
EPA: Etablissement Public à caractère Administratif
EPH: Etablissement Public à caractère Hospitalier
HGT: Hôpital Gabriel TOURE
IDH: Indice de Développement Humain
IOTA: Institut d'Ophthalmologie Tropicale de l'Afrique
INBH: Institut Nationale de Biologie Humaine
INPS : Institut Nationale de Prévoyance Sociale
INRSP : Institut Nationale de Recherche en Santé Publique
MSPAS : Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales
OCCGE : Organisation de Coopération et de Coordination pour la lutte contre les Grandes Endémies
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORL : Oto-rhino laryngé
PIB : Produit Intérieur Brut
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PMA : Procréation Médicalement Assistée
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PPM : Pharmacie Populaire du Mali
PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social
RAMED : Régime d'Assistance Médicale

TABLE DE MATIERES

REMERCIEMENTS.....	1
LISTE DES ACRONYMES.....	4
TABLE DE MATIERES.....	5
INTRODUCTION.....	0
PARTIE I. ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE.....	2
CHAPITRE I. ANALYSE SITUATIONNELLE.....	3
I. Analyse du cadre externe et interne.....	3
1. L'analyse du cadre externe.....	3
2. Analyse du cadre interne.....	9
CHAPITRE II. CADRE THEORIQUE.....	19
I. Problématique.....	20
1. Contexte et Justification.....	21
2. Revue de la littérature.....	24
3. Résultats de la revue documentaire.....	26
II. Objectifs de l'étude.....	28
1. Objectif General.....	28
2. Objectifs spécifiques.....	28
3. Cadre conceptuel.....	28
PARTIE II. PROCESSUS DE PEC MEDICALE DES INDIGENTS PAR LE RAMED A L'HGT.....	32
CHAPITRE I. QU'EST-CE QUE LE RAMED ?.....	33
I. Présentation de l'ANAM.....	34
1. Dispositif institutionnel.....	34
2. Organisation.....	35
3. Les missions.....	36
4. Les objectifs.....	36
5. Les ressources.....	36
6. Description de la mise en œuvre du RAMED à l'HGT.....	37
II. Difficultés rencontrées lors de l'immatriculation.....	38
1. Procédures d'immatriculation.....	39
2. Durée d'immatriculation.....	40
3. Difficultés rencontrées lors de l'immatriculation.....	41
CHAPITRE II. CHANGEMENTS APPORTES PAR LE RAMED DANS LA PEC.....	42
I. Mesures adoptées dans la prise en charge des indigents.....	43
II. Impact des changements dans la PEC des indigents.....	43
PARTIE III. METHODOLOGIE – RESULTATS DE L'ENQUETE.....	44
CHAPITRE I. METHODOLOGIE.....	45
I. Méthodologie.....	45
1. L'observation participative :.....	45
II. Population de l'étude.....	46
III. Choix des enquêtés.....	46
IV. Dépouillement et traitement de données.....	47

V. Difficultés et limites de l'étude	47
CHAPITRE II. PRESENTATION DES RESULTATS.....	48
I. Analyse des données	49
1. Connaissance du RAMED	49
2. Mise en œuvre du RAMED à l'HGT	51
3. Collaboration entre différents acteurs	59
4. Attentes par rapport au RAMED	61
II. Interprétation des résultats.....	63
1. Manque de fonds nécessaires pour la prise en charge	63
2. Identification et le recensement des indigents axés sur le favoritisme	64
III. Bilan de l'étude.....	65
RECOMMANDATIONS	68
Plan de diffusion des recommandations	70
CONCLUSION.....	71
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	72
BIBLIOGRAPHIE.....	73

INTRODUCTION

Le Mali considéré comme un pays pauvre et il a été classé en 2011 175ème sur 187 pays selon l'indice du développement humain du PNUD qui fait la synthèse des indicateurs d'espérance de vie, de niveaux d'études et de revenus. Les progrès enregistrés depuis le début des années 1990 ont cependant été atténués par la forte croissance démographique qui est de +3,6% par an en moyenne¹. Une étude conjointe du Département des Sciences Economiques de l'Université de Lund de la Suède, de la Cellule du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et de l'Agence Nationale pour l'Emploi du Mali, montre qu'il existe de fortes disparités de la pauvreté entre les milieux urbains et ruraux et entre les régions : « 9,6% des habitants de Bamako (et 30,7% des autres centres urbains) vivaient sous le seuil de la pauvreté en 2010, la proportion de pauvres atteignait 50,6% en milieu rural. Le contraste est encore plus marqué pour l'extrême pauvreté avec seulement 2,8% des habitants de Bamako (et 11,5% des centres urbains hors Bamako) vivant sous le seuil d'extrême pauvreté, contre 22,1% en milieu rural ».

Dans ce contexte, l'accès aux soins de santé est une problématique générale pour l'ensemble de la population, particulièrement pour les personnes indigentes. C'est pourquoi, l'Etat a pris des mesures législatives pour favoriser l'accès aux soins de santé des personnes vulnérables en rendant effectives plusieurs politiques de gratuité. Il s'agit entre autres de la gratuité des interventions et soins de la césarienne ; de la gratuité des traitements de la lèpre ; du Sida ; de la tuberculose ; de la gratuité de la vaccination des enfants ; du traitement du paludisme chez les enfants et les personnes âgées. Ainsi, l'ensemble de ces mesures concourent à la couverture médicale de la population.

Un dispositif particulier appelé RAMED (Régime d'Assistance Médicale) et destiné aux indigents a été mis en place par le Ministère du Développement Social. Il a pour but de promouvoir le renforcement de la protection sociale au Mali, et par cette même occasion de lutter contre l'inégalité dans l'accès aux soins de santé de base des populations et des indigents. Pour sa mise en œuvre, une loi a été votée. Il s'agit de la Loi N° 09-030 du Juillet dont les articles 5 et 6 indiquent que les personnes qui ne sont couvertes par aucun autre système d'assurance sont reconnues indigentes et leurs ayants droit à charge bénéficient des prestations du RAMED dans les conditions fixées par le décret N°09-555/P-RM du 12 octobre 2009.

Le RAMED vise à faciliter l'accès aux soins des populations et particulièrement des catégories les plus vulnérables et les plus défavorisées en allégeant leurs dépenses de santé, surtout celles liées aux médicaments, mais aussi en évitant les renoncements aux soins et les dépenses de santé importantes des ménages. Dans cette perspective, la réduction des barrières d'accès aux soins doit être considérée comme une question centrale, pour ne pas dire la préoccupation principale du gouvernement. A ce jour, les indigents ont été immatriculés au RAMED.

¹ Source : Article de la Banque Mondiale intitulé L'économie malienne est résiliente face à la crise écrit le 14 Mars 2013

Très peu de recherches ont porté sur le RAMED. Une étude récente s'est intéressée à sa mise en œuvre en tant que politique publique (MISELI 2018). Notre recherche se situe dans le prolongement de cette étude en cherchant à comprendre le processus de prise en charge des indigents par le RAMED dans un milieu hospitalier : le CHU Gabriel TOURE mais également à contribuer à l'amélioration de la PEC des indigents par le RAMED.

L'objet de notre étude ici est de comprendre le processus de la prise en charge et de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des indigents de l'Hôpital de Gabriel TOURE de Bamako (Mali) par le RAMED.

PARTIE I. ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THÉORIQUE
DE L'ÉTUDE

CHAPITRE I. ANALYSE SITUATIONNELLE

Il est important d'effectuer une analyse situationnelle à plusieurs niveaux. En effet, elle est le cadre de la présentation et de la description de l'environnement dans lequel l'hôpital évolue. Elle est importante dans l'élaboration de notre thème d'étude et de recherche, permettant ainsi de nous familiariser avec l'organisation et le fonctionnement de l'Hôpital Gabriel Touré dans la mise en œuvre du RAMED.

I. Analyse du cadre externe et interne

L'analyse de l'environnement est une sorte de diagnostic externe et interne de notre cadre d'étude. En d'autres termes, il s'agit d'une analyse exhaustive de l'environnement dans lequel évolue l'hôpital.

1. L'analyse du cadre externe

Nous ne pouvons concevoir l'hôpital comme une entité isolée du milieu dans lequel il évolue. Il doit surveiller en permanence son environnement car d'une part, il s'intègre dans cet environnement et d'autre part, il agit sur ce même environnement. Ainsi, l'analyse du cadre externe porte sur cinq points qui sont les suivants :

Situation géographique et démographique du Mali,

- La situation économique et sociale,
- L'organisation sanitaire au Mali,
- L'état sanitaire de la population malienne,
- L'offre des soins hospitaliers sur Bamako.

a. La situation géographique et démographique du MALI

Le Mali est un pays enclavé d'Afrique de l'Ouest situé entre les 10e et 25e degrés de latitude Nord et entre le 4e degré de longitude Est et le 12e de longitude Ouest. Il couvre une superficie de 1 241 231 km² et compte en 2015 une population estimée à 17 599 694 habitants, soit une densité de 14, 17 habitants au Km². Il est limité au Nord par la Mauritanie et l'Algérie, à l'Est par le Niger, au Sud par la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso, au Sud-Ouest par la Guinée et à l'Ouest par le Sénégal. Les principales villes sont Bamako (La capitale), Kati, Kayes, Koulikoro (ville), Ségou, Mopti, Sikasso, Tombouctou (ville), Gao (ville) et Kidal (ville)²

² Source : https://fr.wikipedia.org/wiki/Géographie_du_Mali consulté le 19/06/17



Figure 1: Position Géographique du Mali

Le Mali se situe entièrement dans une zone torride, et par conséquent un des pays les plus chauds de la planète. A cet effet, il existe trois zones climatiques se succédant du nord au sud qui sont notamment le climat du désert du Sahara au Nord ; le climat semi-désertique du Sahel au centre, avec une saison des pluies de juin à septembre (et des précipitations qui vont de 100 à 600 millimètres par an) ; enfin le climat tropical de savane au sud, avec une saison des pluies plus intense et un peu longue, de sorte qu'on dépasse les 600 mm, la majeure partie de la pluie tombe entre mai et octobre³.

A cet effet, le Mali jouit d'un climat tropical sec.

Le Mali est une République laïque, démocratique et sociale qui assure l'égalité de tous les citoyens devant la loi, sans distinction d'origine, de race, de sexe, de religion et qui respecte toutes les croyances⁴.

b. La situation économique et sociale

Au plan économique, en 2015, le produit intérieur brut (PIB) s'élevait à 12,747milliards de dollars US (source Banque mondiale 2015). Pour la même année, le taux de croissance économique s'est établi à 5,4%. De plus, l'indice de Développement Humain (IDH, rapport 2015), de 0,442, place le Mali au 175ème rang sur 187 pays. Le taux d'inflation en 2015 est de

³ Source : <https://www.climatsetvoyages.com/climat/mali>

⁴ Source : https://fr.wikisource.org/wiki/Constitution_du_Mali_du_26_mars_2012

1,4%. Selon le journal Les Echos (Mali) publié le mercredi 19 novembre 2008, le sous-sol malien fait partie des plus riches du continent noir ; d'après la Direction Nationale de la Géologie et des Mines (DNGM), il regorge une importante variété de pierres précieuses et de matières fossiles⁵. En effet, le Mali est un pays très riche en ressources naturelles. Ses principales ressources proviennent des mines et du pétrole.

Les performances en matière de croissance sont bonnes (+5,3% prévue en 2017 après +5,4% en 2016 et +6% en 2015) mais restent soumises à d'importants risques, notamment les aléas climatiques et sécuritaires et la variation des cours des matières premières. En l'absence de réformes de fond, les obstacles à une croissance durable restent nombreux (croissance démographique, absence de diversification, secteur manufacturier et investissement privé confidentiels, manque d'infrastructures, secteur de l'énergie défaillant). Le secteur manufacturier est très peu développé et le pays connaît une forte croissance démographique que le marché de l'emploi peine à absorber.

c. L'organisation sanitaire au Mali

Le système de santé était essentiellement composé des secteurs publics, parapublics et privés à caractère confessionnel. Tous les secteurs étaient placés sous l'administration du ministère de la santé publique et des affaires sociales (MSPAS). Ainsi, relevaient techniquement du ministère de la santé publique et des affaires sociales, en sus du secteur public de la santé, le secteur parapublic de l'Institut Nationale de Prévoyance Sociale (INPS), le Service de Santé des armées, le service de santé de la Mission catholique.

De plus, les services de santé spécialisés que sont l'Institut d'ophtalmologie Tropicale de l'Afrique (IOTA) ; l'Institut Marchoux de lutte contre la lèpre, relèvent à la fois du Ministère de la Santé et des affaires sociales et d'un organisme inter-états dénommé Organisation de Coopération et de Coordination pour la lutte contre les Grandes endémies (OCCGE), dont le siège était établi à Bobo-Diou-lasso, au Burkina Faso.

La Direction de l'Action Sanitaire est concentrée au niveau de la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) et celle de l'action sociale à la Direction nationale des affaires sociales (DANS). La Direction Nationale de la Santé comporte des structures intégrées ou rattachées tels que la Pharmacie d'approvisionnement qui est chargée d'approvisionner les structures publiques de santé ; l'Institut National de Biologie Humaine (INBH) actuel INRSP (Institut National de Recherche en Santé Publique) ; le dispensaire des fonctionnaires ; le dispensaire de médecine scolaire de Bamako ; le Laboratoire central de Bamako-Coura ; le service d'entretien du parc automobile et du matériel médical (SEPAU- MAT). Les démembrements régionaux et locaux de la DNSP ; des centres de santé de cercle (CSC) ; des centres de santé d'arrondissement (CSA) ; des centres de santé secondaires et les dispensaires ruraux ; trois (3) hôpitaux nationaux ; cinq (5) hôpitaux régionaux ; deux (2) hôpitaux secondaires : onze (11) secteurs de Grandes Endémies ; quarante-deux (42) centres de santé de cercle ; deux cent quatre-vingt (280) dispensaires d'arrondissement ; quatre (4) écoles de formation en santé dont : une (1) école nationale de médecine et de pharmacie, deux (2) écoles de formation du personnel social dont un (1) centre national de formation en développement communautaire, une (1) école de formation en

⁵ Dossier réalisé par Idrissa Sako. Voir : www.ouestaf.com visitée le 19/09/17

kinésithérapie ; un (1) institut des jeunes aveugles ; un (1) centre national de secouristes ; plusieurs centres de formations d'auxiliaires médicaux (matrones rurales, aides-soignants, secouristes) ; un (1) centre de diagnostic et de traitement de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) ; un (1) INRSP. A ces structures publiques il convient d'ajouter au plan technique les CMIE (Centre Médical Inter-Entreprise) de l'INPS ; les dispensaires catholiques subventionnés par l'Etat. Le réseau public de santé, de type pyramidal dans sa structuration, comporte au plan médical douze (12) hôpitaux nationaux, régionaux et secondaires totalisant 2500lits ; quarante-six (46) centres de santé de cercle ; cinquante-deux (52) dispensaires médicaux ; trois cent quatre-vingt-deux (382) centres de santé d'arrondissement⁶

En effet, le système sanitaire malien est abattu sur une structure à trois (3) niveaux sous forme de pyramide : à la base se trouvent les Centres de Santé Communautaires (CSCOM) et les mutuelles de santé ; ensuite les Centres de Santé de Référence (Csréf), et à l'échelon supérieur, c'est-à-dire au sommet de la pyramide, se trouvent enfin les hôpitaux. Ainsi, de tous les hôpitaux du Mali, Gabriel Touré, de par sa position stratégique, est sans conteste le plus sollicité.



Figure 2: Pyramide du Système Sanitaire

d. L'état sanitaire de la population malienne

En 1990, le Mali adopte la mise en œuvre d'une politique sectorielle de santé basée sur la stratégie des soins de santé primaires et sur l'Initiative de Bamako (décentralisation et participation communautaire) qui aboutit à l'amélioration notable de l'accès aux services de

⁶ Référence : Livre cinquante ans d'actions de développement de la santé au Mali page 77-78 écrit par Sanoussi KONATE

santé primaires. Malgré cela, la situation sanitaire de la population du Mali, reflet du niveau de développement socio-économique, reste préoccupante malgré l'augmentation de la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat (10,01% en 2004, 08,5% en 2011 et 08% en 2012) et le déploiement d'efforts par le secteur de la santé.

Néanmoins, les taux de morbidité et de mortalité restent encore élevés. Cela s'explique surtout par :

- Une insuffisance de couverture sanitaire (faible accessibilité au PMA (Procréation Médicalement Assistée) dans un rayon de 5km) ;
- Une insuffisance des ressources financières allouées au secteur santé au regard des besoins du CSLP (Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté) et du PRODESS prolongé (2009-2011) ;
- Le niveau d'instruction et d'alphabétisation sont faibles ;
- Une insuffisance quantitative et qualitative du personnel socio-sanitaire : 1 médecin pour 7256 habitants (normes OMS = 10000), 01 infirmier d'Etat pour 18145 habitants (normes OMS = 5000), 01 infirmier/assistant médical pour 1930 (normes OMS = 5000), 01 sage-femme pour 10763 femmes en âge de procréer (normes = 5000) (Source : Rapport d'évaluation PRODESS, 2011) ;
- Une insuffisance d'accès à l'eau potable ;
- Une persistance de certaines pratiques coutumières/traditions souvent néfastes pour la santé ;
- Une insuffisance dans l'implication des communautés dans la gestion des problèmes de santé.

Le taux de mortalité infanto-juvénile (selon les enquêtes EDS (Enquête Démographique et de Santé)-IV et V) est passé de 191‰ à 114‰ Naissances Vivantes

Le taux de mortalité infantile par contre est passé de 122,5 ‰ à 113,4‰ Naissances Vivantes grâce en effet au renforcement du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Quant à la mortalité maternelle, le ratio a évolué de façon presque stationnaire entre 1996 (577 pour 100000 Naissances Vivantes) et 2001 (582‰). Ceci pourrait s'expliquer en grande partie par la faible espérance de vie à la naissance (53 ans). De gros efforts restent cependant nécessaires en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Nous pouvons également dire que de tels problèmes sanitaires sont structurellement sévères, liés à la fois au climat et à la pauvreté du pays.

e. L'offre de soins hospitaliers sur Bamako

L'organisation de l'offre de soins hospitaliers maliens est mise en exergue à travers la carte sanitaire. Cette carte a pour but de contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et de l'état de santé de la population à travers une orientation et une planification adéquate en faveur des populations défavorisées⁷. De plus, elle détermine également de façon globale, sans

⁷ Source : <http://fichiers.fhf.fr/documents/1.-Systeme-de-sante-au-Mali.pdf>

distinction de secteur public et privé, les structures et les équipements nécessaires à la prise en charge des soins hospitaliers, ainsi que leur localisation. Elle est essentiellement établie sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur variation ; compte tenue des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales, après une analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins existante. Elle doit être mise à jour régulièrement afin de prendre en compte les éléments qui s'y ajoutent. A cela s'ajoute la carte hospitalière qui est une composante de la carte sanitaire, définit de façon précise : le type d'hôpital retenu par localité ; la nature des services ; le nombre de lits par établissement et leur répartition par catégorie ; la composition du plateau technique, notamment les gros équipements ; l'inventaire des postes destinés aux professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes).

f. Le bassin d'attraction de l'offre de soins

Le district de Bamako est estimé à une population de 2 042 690 en 2010 avec une projection de 3 954 236 d'ici 2020. L'HGT est un hôpital de troisième (3ème) référence avec 441 lits répartis entre quatorze services d'hospitalisations, il a une position géographique centrale plus accessible et favorable à une très grande fréquentation. Un nombre important des patients de Bamako et des régions sollicitent ses services dans un cadre de référence ou comme premier contact⁸.

Son bassin est représenté par la région de Koulikoro et le district de Bamako qui sont fortement urbanisés avec 25% de la population du Mali. Ces deux (2) zones sont à forte concentration de population jeune (taux de croissance de 3,7%) dispose de quatre (4) établissements hospitaliers.

La base de système sanitaire est constituée de santé communautaire (Cscm) et autres cabinets privés de soins qui réfèrent aux centres de santé de référence (Csréf) dont dispose chaque commune de ce niveau, il y a évacuation au niveau des hôpitaux comme le CHU GT et les cliniques privées de Bamako. De plus, il existe notamment un service social au sein du CHU GT ou en dehors de lui pour la prise en charge des indigents/démunis. De par sa position géographique, vu qu'il est situé près du grand marché et de la grande mosquée de Bamako, il constitue le principal point fort où réside son immense bassin d'attraction qui se situe pratiquement parmi les plus importants de la capitale.

Le district de Bamako est estimé à une population de 2 042 690 en 2010 avec une projection de 3 954 236 d'ici 2020. L'HGT est un hôpital de troisième (3ème) référence avec 441 lits répartis entre quatorze services d'hospitalisations, il a une position géographique centrale plus accessible et favorable à une très grande fréquentation. Un nombre important des patients de Bamako et des régions sollicitent ses services dans un cadre de référence ou comme premier contact.

Son bassin est représenté par la région de Koulikoro et le district de Bamako qui sont fortement urbanisés avec 25% de la population du Mali. Ces deux (2) zones sont à forte concentration de population jeune (taux de croissance de 3,7%) dispose de quatre (4) établissements hospitaliers.

La base de système sanitaire est constituée de santé communautaire (Cscm) et autres cabinets privés de soins qui réfèrent aux centres de santé de référence (Csréf) dont dispose chaque commune de ce niveau, il y a évacuation au niveau des hôpitaux comme le CHU GT et les cliniques privées de Bamako. De plus, il existe notamment un service social au sein du CHU GT ou en dehors de lui pour la prise en charge des indigents/démunis. De par sa position

⁸ http://bibliotheque.cesag.sn/gestion/documents_numeriques/M0009MBA-GSS15.pdf page 18 consulté le 09/11/17

géographique, vu qu'il est situé près du grand marché et de la grande mosquée de Bamako, il constitue le principal point fort où réside son immense bassin d'attraction qui se situe pratiquement parmi les plus importants de la capitale.

2. Analyse du cadre interne

L'analyse du cadre interne nous permettra à explorer l'Hôpital Gabriel Touré (HGT) dans la mise en œuvre du RAMED. Elle se rapporte à la structure et au fonctionnement de l'HGT pour la mise en œuvre du RAMED. Cependant, l'ancien dispensaire central de Bamako a été érigé en hôpital le 17 janvier 1959 ; il sera baptisé « Hôpital Gabriel TOURE » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine originaire du Soudan français (actuel Mali) mort lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934⁹.

L'Hôpital Gabriel Touré est situé en plein centre-ville (Commune III) et bâti sur une superficie de 3,1 hectares. Il comprend une (1) administration, sept (7) départements regroupant vingt-six (26) services médicotéchniques depuis la décision N°0386/DG-HGT du 30 novembre 2009 située à la mise en œuvre de son Projet d'Etablissement.

g. Statut de l'hôpital

A cet effet, l'Hôpital Gabriel TOURE est passé en 1992 du statut d'EPA (Etablissement Public Administratif) à celui d'EPH (Etablissement Public Hospitalier) conféré par la loi hospitalière 02-050 du 22 juillet 2002¹⁰.

h. Situation Financière

La loi 98-12 du 02 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des EPH confère une personnalité morale de droit public disposant une autonomie financière. Néanmoins, cette loi va être modifiée par le projet de loi N°16/2014.

L'hôpital Gabriel Touré dispose d'une autonomie financière. Les recettes issues de l'activité et les subventions de l'Etat s'élèvent en 2014 à 4 914 993 114 de FCFA contre 5 225 764 226 de FCFA en 2016¹¹.

⁹ http://bibliotheque.cesag.sn/gestion/documents_numeriques/M0009MBA-GSS15.pdf page 18 consulté le 09/11/17

¹⁰ http://bibliotheque.cesag.sn/gestion/documents_numeriques/M0009MBA-GSS15.pdf page 18 consulté le 09/11/17

¹¹ SIH : CA 2014 de la page 73 (Rapport Financier) et CA 2016 de la page 49 (Rapport Financier)

Tableau 1 : Niveau d'évolution des activités d'hospitalisation par rapport à 2015

Services	Nbre de lits	Réalisation			% d'évolution
		2014	2015	2016	
Pédiatrie	137	8348	8282	7 434	-10
Cardiologie	18	425	388	301	-22
Gastro-entéro	31	950	863	882	2
Neurologie	10	365	236	331	40
Diabétologie	8	63	36	33	-8
ORL	26	460	553	549	-1
Réanimation	8	398	390	610	56
Traumato	46	470	513	577	12
Chirurgie générale	30	834	805	757	-6
Neurochi	32	808	911	1012	11
Chir Péd	31	1124	915	828	-10
SAU	10	740	628	557	-11
Urologie	12	373	496	445	-10
Gynéco-Obst	42	3429	3135	3 563	14
TOTAL	441	18787	19134	17879	-7

i. L'organisation structurelle

L'organigramme du CHU-GT est marqué par une organisation hiérarchique pyramidale, définissant le lien de subordination, et les niveaux de responsabilité ; nous présentons cet organigramme dans une vue globale de la structure d'organisation de l'HGT car il met en évidence de façon schématique les différents services existants et leurs relations hiérarchiques ou fonctionnelles.

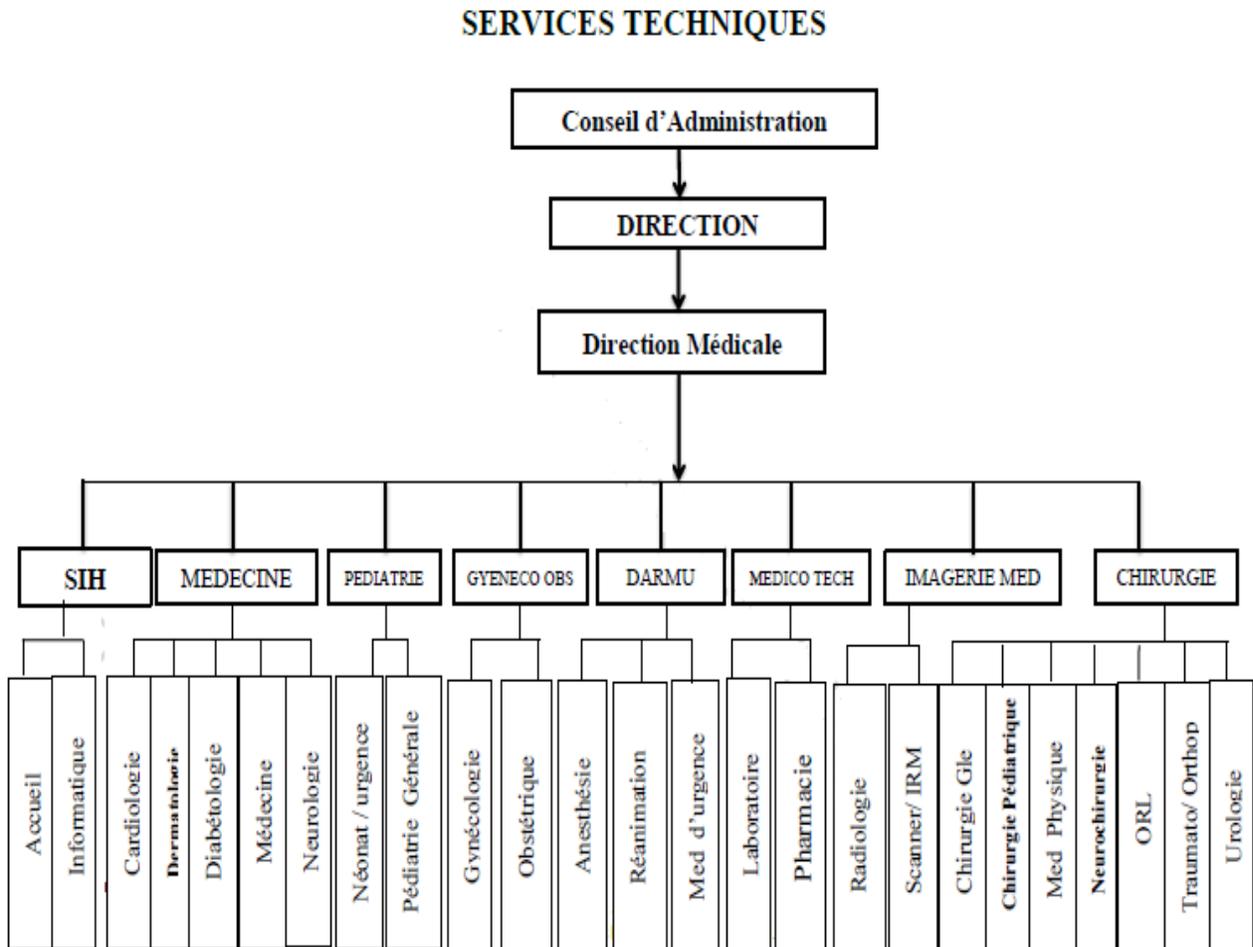


Figure 3: Hiérarchie des Services Techniques HGT

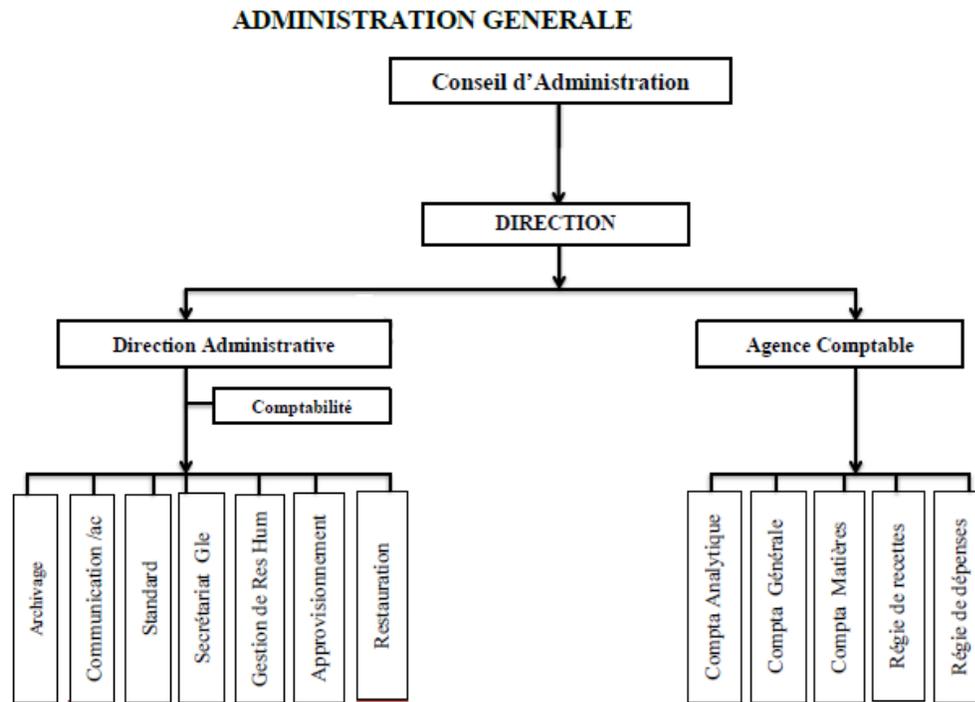


Figure 4: Hiérarchie Administration Générale HGT

Source : Voir http://bibliotheque.cesag.sn/gestion/documents_numeriques/M0009MBA-GSS15.pdf page 28 et 29 consulté le 09/11/17

j. Missions de l'Hôpital Gabriel Touré

L'Hôpital Gabriel Touré fait partie des quatre (4) établissements publics (hôpitaux nationaux) à caractère administratif (EPA) institués, par la loi n°94-009 AN-RM du 22 mars 1994 ; avant de devenir par la loi n°02-048 AN-RM du 12 juillet 2002, Centre Hospitalier Universitaire (CHU). A cet effet, il regorge principalement quatre (4) missions qui sont entre autre ¹²:

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- Assurer la prise en charge des urgences et des cas référés ;
- Participer à la formation initiale et continue des professionnels de la santé et des étudiants ;
- Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

k. Les moyens actuels

Notons que le budget du CHU Gabriel Touré équilibré en recettes et en dépenses à la somme de 5 225 764 226, a été approuvé par le Ministère de l'Economie et des Finances suivant l'arrêté n°2016-3854/MEF-SG du 25 octobre 2016¹³.

l. L'offre de service de l'Hôpital Gabriel Touré

L'offre de soins se résume aux tableaux suivants :

¹² http://bibliotheque.cesag.sn/gestion/documents_numeriques/M0009MBA-GSS15.pdf page 23 consulté le 09/11/17

¹³ Source Conseil d'Administration 2016 de la page 43

Tableau 2: Niveau de réalisation des activités de consultation

SERVICES	Réalisation			% d'évolution par rapport à 2015
	2014	2015	2016	
Pédiatrie	51300	51330	46 726	-9
Cardiologie	6094	4677	5 265	13
Gastro-entéro	4010	3277	2 583	-21
Neurologie	2315	3918	4 299	10
Diabétologie	2771	3343	3 505	5
ORL	6069	6838	5 972	-13
Anesthésie	2838	2809	2 588	-8
Traumatologie	4701	4355	3 914	-10
Chirurgie Générale	1558	1705	2 309	35
Neurochirurgie	2520	1378	1 934	40
Chirurgie pédiatrique	3001	2372	2 858	20
SAU	21279	20039	19 825	-1
Urologie	6618	5691	7 259	28
Gynécologie/Obstétrique	13086	14208	19 371	36
Dermatologie	1707	1570	1 252	-20
TOTAL	129867	133749	129 660	-3

Source : SIH-HGT du CA de 2016 de la page 17.

Les activités de consultations ont connu une légère diminution par rapport à l'année 2015. Cette tendance a été observée notamment au niveau des services de dermatologie, de gastro-entérologie, de l'ORL, de la pédiatrie et de la traumatologie.

Cependant, les services de Neurochirurgie, de Gynécologie-obstétrique et de Chirurgie Générale ont connu une forte progression de leurs activités de consultation par rapport à 2015.

Les consultations du service de Pédiatrie représentent un peu plus du tiers de l'ensemble des consultations du CHU.

Tableau 3: Taux d'hospitalisation

Services	Nbre de lits	Réalisation 2016		Taux d'hospi
		Consultants	Hospitalisation	
Pédiatrie	192	22 005	7 434	34
Cardiologie	18	2 535	301	12
Gastro-entéro	32	1 354	882	65
Neurologie	10	2 282	331	15
Diabétologie	8	1 756	33	2
ORL	28	3 049	549	18
Réanimation	8	1 427	610	43
Traumato	46	1 874	577	31
Chirurgie générale	30	1 210	757	63
Neurochi	32	1 062	1012	95
Chir Péd	31	1 624	828	51
SAU	10	9 810	514	5
Urologie	12	3 592	445	12
Gynéco-Obst	42	7 084	3 563	50
TOTAL	499	60 664	17 836	29

Source : SIH- HGT du CA de 2016 de la page 20

Le constat montre que 29% des patients consultés ont été hospitalisés en 2016. Les services chirurgicaux ayant les plus grands taux d'hospitalisation sont respectivement la Neurochirurgie, la Chirurgie pédiatrique et la Chirurgie Générale. Quant aux services médicaux, ce sont les services de Gastro-entérologie, de réanimation et de Pédiatrie qui ont le plus hospitalisé.

m. Les ressources humaines de l'HGT

La ressource humaine est un facteur important pour le bon fonctionnement de l'Hôpital Gabriel Touré. Nous notons qu'il comporte au total 1056 employés toutes catégories et spécialités confondues.

Tableau 4: Situation du personnel par département et spécialité à la date du 31 décembre 2016

RESSOURCES HUMAINES	DEPARTEMENTS								
	CHIRURGIE	MEDECINE	ANESTHESIE-REANIMATION MED. D'URGENCE	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	IMAGERIE MEDICALE	SERVICES MEDICO-TECH	PEDIATRIE	ADMINISTR.	TOTAL
Anesthésistes-Réanimateurs	0	0	4	0	0	0	0	0	4
Biologistes/Pharmaciens	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Cardiologues	0	5	0	0	0	0	0	1	6
Chirurgiens Généralistes	9	0	0	0	0	0	0	0	9
Chirurgiens Pédiatriques	4	0	0	0	0	0	0	0	4
Dermatologues	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Diabétologues	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastroentérologues	0	6	0	0	0	0	0	0	6
Gynécologues Obstétriciens	0	0	0	7	0	0	0	0	7
Ingénieurs Sanitaires	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Médecin Interniste	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Neurochirurgiens	3	0	0	0	0	0	0	0	3
Neurologue	0	2	0	0	0	0	0	0	2
ORL	5	0	0	0	0	0	0	1	6
Pédiatres	0	0	0	0	0	0	18	0	18
Pharmacien Spécialistes	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Radiologues	0	0	0	0	3	0	0	0	3

Source : SIH du Rapport de Ressources Humaines de l'HGT 2016-2017 à la page 2

Cependant, le CHU Gabriel Touré connaît actuellement un besoin crucial en personnel infirmier et médical pour assurer le service public hospitalier. Comme personnel:

- ❖ Médical (traumatologue, anesthésiste-réanimateur, radiologue et urgentiste) ;
- ❖ Infirmier (surtout dans le service anesthésie réanimation) ;
- ❖ D'appui (notamment en informatique et en maintenance froid et plomberie).

n. Les données d'activités médicales

L'exploitation des données du rapport d'activité de l'HGT nous donne une idée sur les activités des différents services.

Au cours de l'année 2016, le CHU Gabriel Touré a réalisé cent vingt-neuf mille six cent soixante (129 660) consultations et près de journées d'hospitalisations avec un taux moyen d'occupation des lits de 73%, une DMS de 6 jours.

Tableau 5: Evolution de la Durée moyenne de séjour (DMS) par service

SERVICES	Réalisation			% d'évolution
	2014	2015	2016	
Pédiatrie	6	7	7	0
Cardiologie	6	6	7	16,7
Gastro-entéro	7	7	7	0
Neurologie	11	10	14	40
Diabétologie	9	6	11	83,3
ORL	6	5	6	20
Réanimation	6	4	4	0
Traumatologie	31	25	18	-28
Chirur Gle	9	10	9	-10
Neurochirur	7	7	6	14,3
Chirurgie péd	5	7	7	0
SAU	3	10	10	0
Urologie	5	4	4	0
Gynéco/Obst	4	4	3	-25
Moyenne Gle	6	6	6	8

Source : SIH-HGT du Rapport CA 2016 à la page 21.

Si sur les trois dernières années la DMS est restée stable, certains services ont connu une contre performance par rapport à l'année 2015 comme : la Diabétologie, la Neurologie et la Cardiologie. Par contre les services de Traumatologie, de Gynécologie et de Neurochirurgie, ont vu une amélioration de leur DMS.

CHAPITRE II. CADRE THEORIQUE

I. Problématique

Sujet éminemment sociopolitique, sujet d'actualité que celui des personnes en situation difficile ou vulnérable ou plus communément appelés « indigents » et de leur prise en charge dans les services hospitaliers.

Difficile car c'est une population qui n'est pas facile à identifier et à évaluer dans la mesure où la notion d'indigence est complexe et difficile à définir dans la mesure où elle recouvre plusieurs dimensions, à la fois économiques et sociales. Elle est en tout état de cause multidimensionnelle du fait qu'elle cumule de façon interdépendante pauvreté et exclusion sociale.

L'indigent peut être défini comme une personne extrêmement désavantagée socialement et économiquement, dans l'incapacité de subvenir à ses besoins et dépourvu de ressources internes ou externes.¹⁴

En effet, dans la plupart des systèmes de santé, l'hôpital occupe une place centrale dans l'offre de soins, et se trouve en même temps confronté à de fortes contraintes économiques en face desquelles il a l'obligation de relever au quotidien le défi de « **soigner le mieux possible tout le monde, à tout moment et au moindre coût** ».

Le Mali, à l'instar des pays de l'Afrique subsaharienne, fait face au double fardeau des maladies transmissibles et des maladies chroniques souvent à soins coûteux. Les conséquences difficiles de cette situation socio sanitaire sont encore plus accentuées chez les groupes vulnérables¹⁵.

L'une des conséquences dramatique des ajustements structurels était la dégradation des services publics entre autre l'absence d'accès aux services de santé pour toutes les populations. Dans le but de trouver une solution, l'autofinancement des services de santé de la part des usagers est apparu alors comme une des réponses possibles (Jean-Pierre Deschamps 2000)¹⁶. L'Initiative de Bamako (IB) a alors été adoptée en 1987 par les pays ouest-africains en tant que politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires.

Tout comme la plupart des pays d'Afrique noire, la République du Mali s'est engagée dans une ambitieuse restructuration de son système hospitalier intervenue en application de la loi n°02-050 portant réforme hospitalière et de la loi n°90-110 relative à la création, de l'organisation et du fonctionnements des Etablissements publics à caractère administratif, toutes les deux adoptées par l'Assemblée Nationale respectivement le 22 juillet 2002 et le 27 juillet 1990. La principale innovation de cette réforme a été de conférer aux hôpitaux la personnalité morale de droit public ainsi que l'autonomie financière et administrative en les érigeant en Etablissement Public Administratif (EPA). Les difficultés rencontrées par les pauvres pour accéder au système de soins sont nombreuses et sont souvent économiques. D'après nos observations faites, les ménages rencontrent pour la plupart des difficultés économiques. A cet effet, le service social de l'HGT fait l'objet de nombreuses sollicitations tout comme l'ANAM (Agence Nationale d'Assistance Maladie) qui prend en charge les plus démunis.

¹⁴ Les communautés améliorent la prise en charge des indigents. Note d'information recherche-action | Octobre 2010

¹⁵ Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009- 2018

¹⁶ Ridde, Valéry, 2005, Politiques publiques de Santé et Equité en Afrique de l'ouest le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso.

Le service social reçoit en moyenne environ 2 ou 3 demandes de personnes indigentes par jour, comparativement à l'ANAM qui est basée à l'HGT qui reçoit 10 à 20 personnes indigentes munies de leur certificat d'indigence. Il apparaît donc que la prise en charge médicale des personnes indigentes constitue un problème qui mérite une réflexion et l'application de mesures idoines en considération du droit à la santé pour tous.

Par ailleurs, cette prise en charge médicale des indigents constitue un écueil de taille dans la gestion des hôpitaux. La prise en charge des malades dans les structures sanitaires notamment celle des indigents est devenue une réelle préoccupation. Non seulement, nombre de patients usent des stratagèmes pour présenter devant l'assistance sociale des hôpitaux le profil d'indigent. La visite effectuée au sein du service social de l'hôpital Gabriel Touré montre une recrudescence d'années en années du nombre de cas sociaux face à l'étranglement de la subvention des pouvoirs publics. Une situation qui pose de plus en plus la nécessité pour les populations de s'orienter vers le RAMEM (Régime d'Assistance Médicale) qui est géré par l'ANAM afin de faciliter l'accès aux soins de santé. Les données livrées par les structures hospitalières à travers la littérature et le flou total dans la prise en charge de certains cas sociaux offre une idée des difficultés que pose la prise en charge des indigents.

Au niveau de l'hôpital Gabriel Touré, la prise en charge médicale des indigents s'étend par la prise en charge obligatoire des cas qui s'y présentent. Les personnes considérées comme indigentes à l'hôpital Gabriel Touré sont celles qui n'ont pas de couverture sociale et ne s'étant inscrit à aucune forme de mutuelle, à savoir les personnes qui sont sans emploi et qui arrivent en urgence (tout service confondu). Par contre, les personnes de ce statut annoncé plus haut qui viennent dans une situation non urgente ne sont pas totalement considérées comme des indigents. A cet effet, l'hôpital Gabriel Touré ne peut pas prendre en compte toutes ces charges, car il vit essentiellement de ces recettes, même s'il existe une subvention de l'Etat. Pour ce dernier, rien que les charges du personnel valent trois fois plus que la subvention. « Le sens donné à la subvention d'équilibre est plutôt pour compenser certains frais et non pour la prise en charge des indigents ».

A cet effet, la grande inquiétude apparaît au niveau du fonctionnement du RAMEM à l'HGT et la prise en charge médicale des indigents par l'ANAM.

1. Contexte et Justification

La notion d'indigence recouvre plusieurs dimensions dont celles économiques et sociales. Si en termes économiques, l'indigence peut se manifester dans le secteur de la santé comme l'impossibilité de payer le minimum de frais, elle s'apparente au plan social d'exclusion¹⁷. Dans ce contexte, l'accès aux soins de santé est une problématique générale pour l'ensemble de la population, particulièrement pour les personnes indigentes. C'est pourquoi, l'Etat a pris des mesures législatives pour favoriser l'accès aux soins de santé des personnes vulnérables. Il s'agit entre autres de la gratuité des traitements de la lèpre ; de la gratuité des interventions et soins de la césarienne ; du sida ; de la tuberculose ; à la gratuité de la vaccination des enfants ; du traitement du paludisme chez les enfants et les personnes âgées concourent à la couverture médicale de la population.

¹⁷ Abdoul Karim GUEYE Pape Salif SECK, Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal, Rapport final, Novembre 2009, P.23

❖ Ampleur :

Un dispositif particulier destiné aux indigents a été mis en place par le Ministère du Développement social. Il s'appelle Régime d'Assistance Médicale (RAMED). A cet effet, il est mis en place dans les hôpitaux publics pour une prise en charge sociale allant de pair avec la prise en charge thérapeutique, pour que la grande majorité de ces patients recouvre ses droits et puisse recourir au dispositif de droit commun. C'est dans ce contexte que le but du RAMED est de promouvoir le renforcement de la protection sociale au Mali, et par cette même occasion de lutter contre l'inégalité dans l'accès aux soins de santé de base des populations et des indigents.

Sans soins de santé, bien que les possibilités d'améliorer fondamentalement la situation disparaissent. Près de 100 millions de personnes s'ajoutent chaque année dans la pauvreté à cause de dépenses de santé catastrophiques. Au niveau ménage, l'Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages (EMOP) lors de sa quatrième édition qui s'est déroulée entre le 1er Avril 2015 et le 31 Mars 2016 montre que l'incidence de pauvreté au Mali vaut 47,2%. En 2006, la même enquête EMOP estimait à 47,4% le nombre de maliens touchés par la pauvreté, soit une amélioration de 0,2% par rapport à l'année de cette dernière enquête.

La perception de la pauvreté par la population reste problématique, elle pourrait s'auto-désigner pauvre ou non selon leurs critères qui leurs sont propres. De ce fait, les performances économiques et financières enregistrées ces dernières années restent dans l'ensemble insuffisantes pour réduire de façon significative la pauvreté en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), notamment la réduction de l'incidence de la pauvreté de moitié. Il faut également noter que l'incidence de la pauvreté au Mali est de 47,2% avec 11,2% à Bamako (EMOP).

En effet, l'Etat préconise de fonder les systèmes de santé sur les principes d'équité, de prévention de la maladie et de la promotion de la santé, en garantissant l'accès universel aux soins, et avant tout aux soins de santé primaires. Cette mesure consisterait à pallier aux dysfonctionnements du système permettant ainsi d'avoir accès aux soins avec la mise en œuvre de la carte sanitaire.

Un autre phénomène à noter, l'urbanisation qui participe à la paupérisation et à la dégradation de la santé. Au Mali, le rythme d'accroissement des villes est en soi un problème majeur. Les pressions sur les marchés de l'emploi, du logement et des services ne cessent d'augmenter avec pour conséquence une dégradation des conditions et de l'environnement urbain ; sans toutefois oublier que ces phénomènes interagissent avec les événements démographiques¹⁸. En effet, cette importante urbanisation non planifiée et non contrôlée a un impact considérable sur la santé des populations. Dans de nombreuses villes en développement, l'incapacité de maîtriser cette dynamique urbaine pose d'énormes difficultés pour satisfaire la demande sociale massive dans le domaine du manque d'hygiène, d'accès à l'eau potable, à l'assainissement, à un logement décent, aux soins de santé, etc. Ainsi, l'absence de ces services de base se traduit par une hygiène déficiente qui offre des conditions bioécologiques favorables au développement de germes pathogènes (virus, bactéries, parasites) responsables de nombreuses maladies qui sévissent dans les espaces urbains. Bamako en est un exemple, cette situation favorise un recours aux structures de soins plus précisément les hôpitaux qui sont confrontés à une demande de plus en plus pressante.

¹⁸ Habibatu Gologo/Banque mondiale, Article : « Urbanisation rapide en Afrique : l'exemple du Mali », 2mai 2017

❖ Conséquence :

L'hôpital n'est pas préparé à cette forte demande (urbanisation forte). En effet, les zones périphériques étaient plus concernées par les stratégies de l'OMS. Ils sont en effet jugés peu efficaces et sont accusés de constituer des gouffres financiers qui limitent la conduite des programmes de santé prioritaires¹⁹. Cette situation a placé les hôpitaux dans une situation inconfortable. A cet effet, devenus marginalisés voire exclus des plans de développement sanitaire, ils évoluent pour leur propre compte²⁰.

Toutefois, les personnes démunies se retrouvent le plus souvent devant « un mur d'exclusion » qu'elles ne peuvent franchir. Mais quand l'hôpital s'expose à cette réalité sociale, elle devient problématique dans la mesure où l'hôpital a changé de statut depuis la réforme hospitalière au Mali.

En effet, dans la plupart des systèmes de santé, l'hôpital occupe une place centrale dans l'offre de soins, et se trouve en même temps confronté à de fortes contraintes économiques en face desquelles, il a l'obligation de relever au quotidien le défi de soigner le mieux possible tout le monde, à tout moment et au moindre coût. La diversité du public et la rencontre de mondes extrêmes caractérisent l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital. Mais pour les équipes, la présence d'un nombre important de personnes démunies et marginalisées ainsi que la spécificité des réponses s'avèrent problématiques. Les malades en difficulté sociale bénéficient des usages primaires (soins médicaux) et secondaires (nourriture, hébergement, compagnie, etc.) du service spécifique. Les personnels soulignent cette distinction entre les activités médicales et d'aide sociale, ce qui les conduit à parler « d'urgence sociale » pour ces patients, pour ne pas dire qu'elles ne relèvent pas de leur service. Dans la régulation des systèmes de santé des pays en développement des années 1970 et au milieu des années 1990, et en particulier en Afrique Subsaharienne, on distingue deux grandes périodes. D'abord, les politiques de santé fondées sur la Déclaration d'Alma Ata (1979) mettaient en avant des impératifs d'équité, et de financement monopoliste des services de santé.

Ensuite, les politiques basées sur l'Initiative de Bamako (1987) ont tenté de remédier aux dysfonctionnements des systèmes de santé sous un angle plutôt financier ; la déréglementation et l'appel au financement des ménages eux-mêmes, dans le cadre de politiques dites de « recouvrement des coûts » visaient en fait à assurer l'autofinancement d'au moins une partie du système. Le bilan de l'initiative de Bamako est aujourd'hui critiqué tant du point de vue des objectifs financiers qui n'ont pas été tenus, qu'en termes d'équité qui a été négligée alors qu'il s'agit d'un objectif essentiel en matière de santé.

L'HGT est confronté à une situation telle qu'il connaît des difficultés financières pour non recouvrement des soins des démunis. Tant en ce qui concerne la bonne qualité de la prise en charge des malades que de ses insuffisances ce qui concourt à l'équation de la prise en charge des indigents nécessitant des solutions immédiates.

Paradoxalement, la subvention allouée à l'hôpital permet de couvrir les charges de soins des indigents à Gabriel Touré. Ainsi, le recouvrement ne devrait poser de problème pour l'hôpital.

¹⁹ H. BALIQUE. Quels systèmes de santé ? L'HÔPITAL PUBLIC EN AFRIQUE FRANCOPHONE. Médecine Tropicale 2004 *64* 549

²⁰ H. Balique. 2004, p. 546

Permettre aux hôpitaux de fonctionner selon un mode de gestion d'entreprises saines et performantes avec des mesures d'accompagnement ne devrait en aucun cas créer des difficultés dans la gestion financière de l'hôpital. De plus, l'absence d'une bonne politique de recouvrement des services, ces services fonctionneraient à perte. Les véritables problèmes financiers que l'hôpital rencontre dans sa gestion sont dus aux recouvrements des créances (les indigents, la césarienne, Prise en charge des enfants infectés par le VIH/SIDA). En 2016, le taux de recouvrement est de 86,16%²¹. A cet effet, la situation à laquelle l'ensemble de l'hôpital tente de s'adapter est dominée par un besoin des ressources matérielles, financières et humaines.

L'équilibre budgétaire entre besoins et ressources constitue le point focal où l'hôpital met plus l'accent. Cet équilibre entre produits et charges ne pourrait être atteint sans une bonne politique de recouvrement. Il faut tout de même noter que pour la plupart des hôpitaux, c'est la trésorerie qui pose souvent problème du fait du taux très faible de recouvrement.

Ainsi, nous nous interrogeons sur comment le RAMED à l'HGT au-delà de sa mission peut faire face à cette situation.

Au mali, l'accès des démunies/indigents aux soins hospitaliers fait l'objet d'une intégration réelle dans la définition et la mise en œuvre de la politique hospitalière. Il serait cependant intéressant de mener des réflexions avec les concernés pour une adaptation plus correcte pour une prise en charge à leurs besoins de santé surtout ceux qui sont en situation d'urgences.

2. Revue de la littérature

Le brillant médecin économiste Sir Edwin, disait « Dans les pays en voie de 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 ».

Etant donnée la situation économique catastrophique de ces pays, les auteurs de « Vivre et mourir en Afrique : Santé, population et développement, Etudes et recherches, ENDA, 1988, 314p. » défendent l'idée que la mise en place de nouvelles politiques de santé ne peut se faire sans une aide extérieure importante. Ils précisent néanmoins que des réformes peu coûteuses pourraient améliorer de façon appréciable le fonctionnement des services de santé.

La complexité des problèmes que pose l'accès aux soins des populations vulnérables se reflète dans l'évolution et les différentes interprétations que cette question a connue au sein de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres institutions internationales.

En 1978, tout en réaffirmant le lien étroit existant entre la santé et les droits de l'homme, la Déclaration d'Alma-Ata s'est prononcée à définir la stratégie spécifique de la santé pour tous et en particulier, dans le monde entier. A cet effet, cette déclaration reposait sur deux volets : la priorité aux soins de santé primaires et la santé pour une meilleure justice sociale. La conférence d'Alma-Ata a souligné également que « Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays »²².

²¹ Source du Rapport CA de 2016

²² La déclaration d'Alma-Ata, 12 Septembre 1978- OMS- UNICEF

Durant ces dernières décennies, il en ressort que les systèmes de santé des pays en développement et plus particulièrement en Afrique de l'Ouest ont connu des transformations majeures d'après une étude réalisée par le CDRI dans les pays de l'Afrique de l'Ouest sur les politiques publiques et la protection sociale ; alors que certaines politiques ont permis d'améliorer l'accessibilité et parfois l'efficacité des services de santé, mais la question de l'équité d'accès aux soins de santé n'est toujours pas résolue²³. Par contre, elle s'est aggravée contribuant ainsi grandement à l'augmentation de la pauvreté.

Une politique sanitaire définit les objectifs à atteindre pour améliorer la situation sanitaire, elle fixe l'ordre des priorités de ses objectifs et indique les principales voies pour y parvenir.

Aussi, « chaque pays devra-t-il mettre au point ses propres politiques de santé dans le cadre des politiques générales de développement socio-économiques et compte tenu de ses problèmes et possibilités, de sa situation propre, de ses structures sociales et économiques et de ses mécanismes politiques et administratifs²⁴.

Suite à l'Initiative de Bamako, la mise en place de la participation des usagers au coût permet ainsi aux hôpitaux de disposer de ressources additionnelles. Ce mécanisme favorise notamment une meilleure disponibilité des médicaments, indispensables à des soins de qualité alors qu'auparavant la situation de « gratuité de pénurie » prédominait dans la plupart des établissements des soins. Cependant, la participation des usagers pose le problème de l'accessibilité financière des plus pauvres, qui peuvent avoir tendance à retarder ou exclure le recours aux structures formelles de santé. A cet effet, l'hospitalisation constitue souvent une dépense qui peut être catastrophique pour les ménages. En effet, pour payer les frais médicaux, ils peuvent être amenés à vendre leurs biens, et parfois même leur outil de production (pour ceux qui en ont), ce qui est la cause d'accroissement de leur risque de pauvreté. Face à cette situation, il convient de rechercher les modalités qui permettent d'améliorer l'accessibilité de l'ensemble de la population (et notamment des plus pauvres) aux soins hospitaliers vitaux; d'où l'intérêt de la mise en œuvre du RAMED au Mali. L'amélioration peut passer par trois (3) canaux et une adaptation des tarifs et des modes de paiements aux situations particulières des populations et la promotion de mécanismes de prépaiement, et en particulier de mécanismes de type assurantiel « La prise en charge des populations les plus démunies par des systèmes de fonds d'indigence.

Cependant la grande inquiétude se fait ressentir au niveau de la prise en charge des indigents, tant bien que l'effort est fait en pré hospitalier, arrivé à l'hôpital, des situations peuvent freiner la prise en charge qui est notamment pour des raisons financières inadéquates.

L'article « Collectif, L'accès aux soins des indigents en Afrique subsaharienne, Revue Tiers-Monde, n°164, octobre-décembre 2002, pp 903- 925. » analyse la littérature et expériences passées ou en cours, en matière d'accès aux soins en Afrique subsaharienne, ainsi dégage des voies d'action pour une meilleure prise en charge des indigents. A cet effet, le débat entre les auteurs est mis en exergue entre deux conceptions bien précises qui sont : celle, utilitariste qui

²³https://www.memoireonline.com/04/06/152/m_etude-determinants-socio-economiques-utilisation-services-sante4.html

²⁴ Les comptes nationaux de la santé. Etudes de la Banque Mondiale, Etude actuarielle relative au Projet de Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Faibles. Page 2. Rapport 3. Ministère de la Santé. Royaume du Maroc 2002

visée à identifier les indigents et à mettre en place des mécanismes spécifiques de prise en charge ciblée ; celle globale qui s'interroge sur les processus de paupérisation et d'exclusion des soins et sur les réponses globales à y apporter car il n'existe pas de véritables stratégies de prise en charge des soins au profit des indigents. Les politiques de réduction de l'indigence et pour l'accès aux soins de base apparaissent souvent comme une stratégie de dépolitisation des inégalités, une manière de les traiter en termes de techniques et de mécanismes et non de nouvelle répartition des ressources et des droits sociaux et politiques.

En 1978, «La santé pour tous d'ici 2000 », tel était le slogan de l'OMS, pourvoyeur de fonds en matière de santé pour les pays africains. Cependant, elle reste la priorité pour la plupart des pays africains.

3. Résultats de la revue documentaire

Comme le soulignent Mayer et Ouellet (1991 :35-36), une fois les questions posées, celles-ci doivent être placées dans le cadre des recherches antérieures qui portent sur le même sujet. Cette recherche bibliographique symbolise une étape clé dans le processus de recherche, étant donné que de nombreuses idées de recherche ont été précédemment pensées ou théorisées par d'autres personnes. Il va de même pour les projets d'intervention similaires à ceux que l'on propose et qui parfois et qui ont déjà été expérimentés ailleurs. Généralement, la recherche bibliographique est très utile et nécessaire pour l'exploitation de connaissances existantes et pour mesurer la pertinence de la démarche proposée par rapport aux principaux résultats des recherches antérieures ou des autres expériences d'intervention.

De plus, la santé occupe aujourd'hui un rang très élevé sur l'échelle des priorités internationales. Le souci de la santé des pauvres est en effet devenu un élément essentiel de la problématique du développement économique. A cet effet, une amélioration notable de la situation sanitaire est devenue un préalable indispensable pour permettre aux pays en voie de développement de rompre le cycle de la pauvreté. Cet ouvrage « Pauvreté et santé, Lignes directrices et ouvrages de référence du CAD, OCDE, 2003, 110p. » démontre dans quelle mesure investir dans la santé peut faire reculer la pauvreté. Il recommande à cet effet d'instaurer des systèmes de santé favorables aux pauvres, de centrer l'action sur les politiques sectorielles (éducation, nutrition, sécurité alimentaire, environnement, lutte contre la violence), d'œuvrer à travers des cadres stratégiques établis par les pays partenaires et, enfin, de promouvoir la cohérence des politiques et l'offre de biens publics mondiaux.

Par ailleurs, certains auteurs comme Valéry Ridde nous montrent à travers ces travaux au Burkina Faso, que les tarifs élevés constituent un obstacle financier à l'accessibilité ; le ticket modérateur ; le mode de paiement direct ne permet pas aux indigents temporaires de faire face aux coûts de soins ; le paiement monétisé oblige parfois l'indigent à brader ses biens en nature pour accéder au système de soin. L'attitude discriminatoire de certains prestataires de soins envers les indigents est perceptible ; la rétention de l'information sur les systèmes de prise en charge des indigents pour éviter une demande massive qui pourrait perturber l'équilibre budgétaire de l'hôpital.

Dans cet article Ridde, V. « Entre efficacité et équité, qu'en est-il de l'Initiative de Bamako ? Une revue des expériences ouest-africaines, Université Laval (QUEBEC), 2003, 21p » nous montre que l'Initiative de Bamako (IB), innovation lancée lors d'une conférence en 1987 en tant que relance de la stratégie des soins de santé primaires (SSP), ne semble pas avoir permis

d'incorporer les changements annoncés selon toutes les composantes initialement fixées. L'implantation de cette politique publique de santé, d'origine essentiellement exogène, n'a pas non plus produit tous les effets escomptés (efficacité versus équité). L'analyse proposée montre notamment que l'aspect équitable de l'IB a été négligé et les interventions premières des acteurs ont été concentrées sur l'efficacité de l'organisation à mettre en place. Ceci dit, l'auteur affirme que si le rôle des acteurs est central dans la mise en œuvre et l'appropriation d'un changement, cela est d'autant plus vrai dans le cas de l'élaboration d'une politique publique où des conflits liés aux valeurs peuvent entraver le processus de réforme. Il convient donc d'étudier en profondeur la dynamique des acteurs pour comprendre les effets de l'IB et envisager la mise en œuvre de mesures incitatives pour revenir aux fondements des SSP et de l'IB.

Toujours avec Ridde. V, l'accès aux soins pour les populations les plus démunies est un souci qui s'inscrit dans la préoccupation de la lutte contre la pauvreté. De plus, la santé est un bien public, cependant les services médicaux s'inscrivent de en plus dans une logique marchande. Pour faire face à l'insuffisance de financement du secteur de la santé, les états africains ont cherché des modes de financements alternatifs ; c'est ainsi que depuis la conférence de Alma-Ata, on assiste à la participation des populations à l'effort de santé.

Le problème de la prise en charge des indigents au niveau des structures publiques de santé des pays africains a vu le jour avec la fin de la gratuité des soins consécutifs à la rareté des ressources financières engendrées par les différentes crises économiques subies par nos pays à partir de 1969. L'absence de moyens au niveau des structures de santé a d'abord limité la gratuité à la consultation alors que les examens complémentaires nécessaires au diagnostic et les médicaments étaient devenus payants.

Comme la distance, l'éducation, la culture, la politique de recouvrement des coûts, peut constituer un obstacle à l'accès des indigents aux structures de santé si des mécanismes de protection efficace ne sont pas trouvés.

Selon le Professeur Didier SICARD, cité par Edouard Couty, on demande aujourd'hui à l'hôpital de résoudre la quadrature du cercle en étant à la fois un « Hilton, un lieu d'hébergement, un lieu de haute technologie et un lieu d'écoute »²⁵.

En effectuant sa mutation qui la fait passer de lieu d'accueil et d'hébergement des pauvres à un haut lieu de la médecine, l'hôpital a perdu son capital d'expérience et de connaissance dans la prise en charge des indigents, c'est pourquoi certains pensent qu'il peut être plus efficace de concevoir des services de santé adaptés aux besoins spécifiques des populations les plus démunies plutôt que de se limiter simplement à améliorer leur accessibilité aux services de santé. En effet, l'accueil des personnes en situation d'indigence a des incidences certaines sur le fonctionnement de l'hôpital comme le poids des créances irrécouvrables, l'augmentation de la durée moyenne de séjour ou l'encombrement des urgences /services pour des motifs non urgents ou des problèmes qui ne nécessitent pas uniquement des solutions médicales. Le financement de ses services peut s'envisager de façon variée en fonction du système fiscal, du système d'assurance sociale ou de l'expression des solidarités traditionnelles. S'engager sur cette voie c'est reconnaître la nécessité d'analyser les phénomènes sociaux pour les identifier. Cela implique de définir les populations cibles bénéficiaires d'un programme sans pour autant stigmatiser leur situation pour éviter d'accroître le risque de l'exclusion sociale.

²⁵ Edouard Couty, le rôle de l'hôpital aujourd'hui, dans hôpital public, le retour à l'hôtel dieu, op. cit.

II. Objectifs de l'étude

1. Objectif General

- Apporter et contribuer à l'amélioration de la prise en charge médicale des indigents par le RAMED à l'hôpital Gabriel Touré.

2. Objectifs spécifiques

- Décrire et comprendre la mise en œuvre du RAMED au niveau de l'hôpital Gabriel Touré,
- Décrire les difficultés rencontrées lors de l'immatriculation
- Décrire les changements apportés par le RAMED par rapport à la prise en charge

3. Cadre conceptuel

Depuis sa création, l'hôpital et notamment sa porte d'entrée, le bureau d'entrée a toujours été le lieu identifié et privilégié pour l'accueil et la prise en charge des indigents.

❖ L'hôpital : Rôle et fonction, du Moyen âge à nos jours

C'est dans l'histoire des hommes et des événements que l'on retrouve les racines et les éléments de compréhension des situations, faits et comportements actuels. L'hôpital n'y échappe pas et a vécu trois grandes époques et mutations : la charité, la bienfaisance et la transformation en centre de soins.

Si le développement de la société dans le sens d'une transformation et d'un progrès constamment perfectibles constitue une finalité fondamentale, c'est que les individus se sont toujours préoccupés de leur état de santé. Un ensemble. Un ensemble de transformations sociales orientant en fonction des choix les plus rationnels possible.

Il s'agit d'illustrer ici comment l'hôpital en tant que système social a connu une série d'évolution tout au long de l'histoire. Il est le reflet de la société globale et définit les interventions nécessaires pour le bien-être de l'individu. Avec l'avancée de la recherche, l'hôpital s'est modernisé avec les fonctions de haute efficacité tout en n'oubliant pas le pouvoir détenu par les médecins au sein des hôpitaux.

Prenant lieu et place des anciennes léproseries et maladreries du Moyen Age, l'hôpital était dans l'Ancien Régime (avant 1789) le symbole de la charité chrétienne mais aussi de l'exclusion sociale, il avait pour fonction principale de maintenir à l'écart de la société tous ceux qui étaient considérés comme dangereux, fous ou inutiles par la « bonne morale » de l'époque (mendiants, prostituées, lépreux, pestiférés, assassins, voleurs) et ainsi d'assainir le monde urbain²⁶

L'idéologie primordiale du système hospitalier est liée au christianisme et une vision spiritualiste du monde. L'hôpital médiéval est sans rapport direct avec la santé, mais en relation directe avec **la charité chrétienne**. Le principe étant que tout établissement ou toute fonction ecclésiastique devait consacrer le quart de ses revenus aux pauvres. Remarquons que cette idéologie place le malade et l'infirmes au centre des préoccupations de ceux qui en prennent soins.

²⁶ FOUCAULT, M. Histoire de la folie à l'âge classique, Tel Gallimard, 1972, chapitre I « Stultiferas Navis »

L'hôpital est un système social conçu pour réduire la souffrance, atténuer la pauvreté, voir même, enrayer la mendicité.

L'hébergement à l'hôpital de celui qui est rejeté socialement est essentiellement **un geste de charité**, un don à un déshérité. Ce geste de charité est de nature à aider ceux qui le posent à faire leur salut²⁷. Les orphelins, les vieillards, les pauvres, les pèlerins sont acceptés plus du fait de leur fragilité sociale que de leurs affections.

La création d'hôpitaux performants s'avère d'autant plus nécessaire qu'à l'époque coloniale, les rapatriements par bateaux pour cause de maladie grave sont longs et, dans la plupart des cas, ne sont même pas envisagés. L'hôpital colonial avait pour fonction de soigner les fonctionnaires et les militaires coloniaux et d'assurer les soins curatifs à l'ensemble des populations.

Les facteurs d'ordre culturel, la concurrence avec la médecine traditionnelle, le fait que le malade soit séparé de sa famille, sont autant de résistances qu'il a fallu progressivement vaincre. Un long temps "d'apprivoisement" des populations a été nécessaire pour une bonne fréquentation des hôpitaux coloniaux.

Du point de vue des sciences sociales, l'hôpital représente le progrès de la technique médicale tant dans le domaine de la recherche que dans celui de la pratique.

Le fonctionnement de l'hôpital moderne est basé sur la bureaucratie professionnelle, l'élément clé est le centre opérationnel. Le professionnel de la santé est maître de son propre travail en relative indépendance de leur ligne hiérarchique, de leurs collègues en ne restant proche que de leur client²⁸.

Toutefois et malgré les réformes en profondeur de la fonction de l'hôpital à partir du XVIIIème siècle, se transformant de lieu de réclusion et d'exclusion en « machine à guérir »²⁹, l'hôpital était jusqu'en 1941³⁰ réservé aux indigents et à l'indigent. Il garde toujours une fonction résiduelle d'accueil de cette population « indésirable » et marginale.

De plus, la situation actuelle à laquelle les hôpitaux africains tentent de s'adapter est dominée par la pénurie des ressources matérielles, financières et humaines.

❖ La notion d'indigence

La hausse du prix des denrées, la crise économique et la dégradation de l'environnement ont tous contribué à maintenir la vulnérabilité et la pauvreté auquel fait face une importante partie des maliens. Dans ce contexte, la question de la protection sociale est devenue cruciale. Au cours des dernières années, le Mali s'est lancé dans une stratégie de croissance qui ne semble avoir eu que peu d'impact sur le développement du pays et sur les conditions de vie. A cet effet, certains pays ont pris des mesures pour financer la prise en charge des indigents.

Notons également que les principes d'équité dans l'accès aux soins y sont partie intégrante des documents de politique de santé au Burkina Faso depuis l'adoption de l'Initiative de Bamako³¹. Les autorités devraient elles prendre conscience des effets possibles du paiement direct sur l'équité et de l'importance d'organiser des mécanismes favorisant l'accès des indigents aux

²⁷ Cf. Erich Stern. Les conflits de la vie, causes de la maladie, Paris, Payot, 1955, p.11

²⁸ Mintzberg H. (1995). Structure et dynamique des organisations. Paris-Montréal. Editions d'organisations

²⁹ Terme emprunté à Michel FOUCAULT

³⁰ Loi du 21 Décembre 1941 sur la réorganisation du système hospitalier et des hospices civiles

³¹ Ridde et al. 2005

services. Comme Green (1999) le précise bien, il est essentiel que les planificateurs de la santé se soucient des groupes vulnérables de la société.

L'indigent est une personne extrêmement désavantagée socialement et économiquement, dans l'incapacité de subvenir à ses besoins et dépourvu de ressources internes ou externes.

C'est quelqu'un qui, selon sa situation sociale, n'arrive pas à subvenir à ses besoins vitaux, c'est-à-dire, ses besoins les plus élémentaires.

A cet effet, il semble y avoir une absence de consensus en ce qui concerne la définition de la notion d'indigence. Bien que tous considèrent qu'il existe différents degrés de pauvreté, les termes employés pour les qualifier varient d'une structure hospitalière à une autre.

Quand le social prend le pas sanitaire, les soignants et notamment les prestataires sont dans l'impasse. Les réponses possibles sont quasi-exclusivement techniques et soignent seulement le corps. Face à tout cela, cette population a recours à l'automédication pour se soulager, pour oublier, ce traitement uniquement symptomatique avec les effets secondaires qu'on lui connaît s'appelle le traditionnel.

❖ Justice sociale

Il se dégage une tendance très nette à propos de la notion de justice sociale admise par les acteurs. L'orientation générale constatée nous semble beaucoup plus proche d'une vision égalitariste de la justice distributive que d'une vision rawlsienne où le principe de la différence nécessite d'agir prioritairement en faveur des plus déshérités (Mooney, 1987 ; Rawls, 2004).

Ce lien entre le contexte économique et social et les productions scientifiques est d'ailleurs souligné dans certains travaux académiques. Par exemple, dans son introduction au livre *Dynamique économique de l'équité*, J.M. Monnier (1999) met notamment en relation l'intérêt accru pour les questions de justice avec « la crise économique et sociale » et ses « effets destructeurs sur le tissu social ». Dans le même ouvrage, Ai-Thu Dang et Michel Maric écrivent pour leur part : « *L'épuisement du modèle fordien, la crise de l'Etat-providence, l'explosion des inégalités, de l'exclusion et de la pauvreté, une distribution de moins en moins équitable des fruits de la croissance, etc. expliquent sans doute l'intérêt croissant de la communauté intellectuelle et universitaire pour les thèmes axés sur la justice et l'équité* ». La définition suivante « *La justice sociale est un idéal fondé sur des principes précisant ce qu'est une répartition équitable (ou juste) des ressources matérielles ou symboliques (revenus, biens et services, honneur) d'une société. Toute approche de la justice sociale se réfère à un système de valeurs. Il s'agit de définir ce qui doit être distribué, comment et à qui* » (Bréal page 198-199). La définition adoptée par le manuel Hachette est encore plus contestable : « *La réduction des inégalités et le plus large accès aux biens jugés fondamentaux définissent la justice sociale* » (Hachette, page 181). Qu'est-ce qu'un « large accès » ? Que sont les « biens fondamentaux » ? Et surtout, la justice est définie par un processus « la réduction des inégalités » ce qui n'a guère de sens car c'est en fonction d'une norme de justice que l'on décide de réduire ou pas (et dans des proportions à définir à le degré d'inégalité).

❖ Le recouvrement des coûts

L'initiative de Bamako promet également la combinaison de différentes sources de financement de la santé, en ce qui comprend les communautés, les districts, le gouvernement central et les patients individuels, par le biais de l'introduction de leurs contributions financières. Elle

détermine clairement que ces contributions ne peuvent en aucun cas remplacer les budgets publics en faveur de la santé, mais doivent constituer un supplément afin de favoriser le développement des services sanitaires locaux.

Depuis le début, il était reconnu que les ménages à faibles revenus pouvaient éprouver des difficultés à payer leurs soins de santé et que le montant demandé devait rester aisément abordable pour les familles, tout en générant des revenus pour les services sanitaires. L'un des principes de base de l'initiative de Bamako n'est autre que le fait que les personnes qui ne peuvent se permettre de payer une contribution doivent bénéficier de subsides, voire d'une exemption pour les plus vulnérables.

Dans la pratique, cette composante équitable de l'initiative de Bamako a été largement négligée. Nombreux sont les systèmes qui font appel à la participation financière des utilisateurs et réduisent la responsabilité de l'état en matière d'accessibilité des services sanitaires publics. Ceci a entraîné des niveaux élevés d'exclusion et d'appauvrissement.

De nombreuses études en Afrique, ont montré que la mise en place des recouvrements des coûts, s'il a amélioré l'accès aux médicaments, a entraîné la réduction de l'utilisation des services, ce qui est confirmé par une revue de la Banque Mondiale auprès de 37 pays d'Afrique subsaharienne.

❖ La notion d'équité

Une situation inéquitable est une situation perçue comme injuste (jugement de valeur). Les principales situations d'iniquité d'un système de santé sont le financement (équité contributive), les recours aux soins (équité d'utilisation) et les effets (équité d'impact).

L'équité d'utilisation est comme juste, un système de santé qui répond de la même façon à tous ceux qui ont les mêmes besoins. Equité « horizontale » : même besoins-même soins ; l'incomplétude des vaccinations et absence de scolarisation de la mère, l'iniquité vis-à-vis de l'assistance à l'accouchement, l'équité du PEV malgré les inégalités sociales. Il oriente les politiques de santé et priorise l'analyse des causes de la persistance du non recours des « pauvres » à l'assistance des sages-femmes ou matrones, pour définir une politique pertinente.

Le financement du système de santé doit peser de manière juste sur les ménages (l'équité contributive). Le système de santé obtient les ressources qui lui permettent de réaliser ses activités de diverses sources.

Un système de santé équitable présente les caractéristiques suivantes : égalitaire dans son impact, équitable quant à son utilisation (tous ceux qui ont les mêmes besoins bénéficient des mêmes soins), équitable quant à son financement (la charge de son financement pour chaque ménage est proportionnelle à sa capacité contributive).

L'équité d'utilisation est la composante prioritaire de l'équité d'un système de santé. La lutte pour un système équitable nécessite une volonté permanente car les inévitables inégalités sociales impactent l'équité du système de santé.

PARTIE II. PROCESSUS DE PEC MEDICALE DES INDIGENTS
PAR LE RAMED A L'HGT

CHAPITRE I. QU'EST-CE QUE LE RAMED ?

Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) a été institué par la loi N°09-030 du 27 juillet 2009³², permettant de renforcer le processus d'extension de la protection sociale au Mali et notamment la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

A travers le Ministère chargé de la Protection Sociale, le gouvernement de la République du Mali s'est engagé dans un processus de mise en œuvre de la Politique Nationale de Protection Sociale, du Plan d'Action Nationale d'Extension de la Protection Sociale 2005- 2009, du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) et du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS), en vue d'assurer la couverture médicale des personnes dépourvues de ressources, communément appelées indigents.

Cette initiative gouvernementale s'appuie sur les résultats réalisés entre 2001 et 2007 par le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes âgées qui mettent en exergue une insuffisance notoire en matière de couverture médicale de la population en général et des personnes indigentes en particulier.

Les efforts accomplis par les pouvoirs publics, les collectivités locales, la Société Civile et les Partenaires Techniques et Financiers, notamment dans la prise en charge des indigents, se sont révélés insuffisants aussi bien sur les ressources allouées que sur le plan organisationnel du système.

D'où la nécessité de mettre en place un dispositif de couverture médicale des personnes indigentes afin que l'accès aux soins soit un impératif pour tous.

³² Source Recueil des Textes de l'ANAM, P. 1

I. Présentation de l'ANAM

1. Dispositif institutionnel

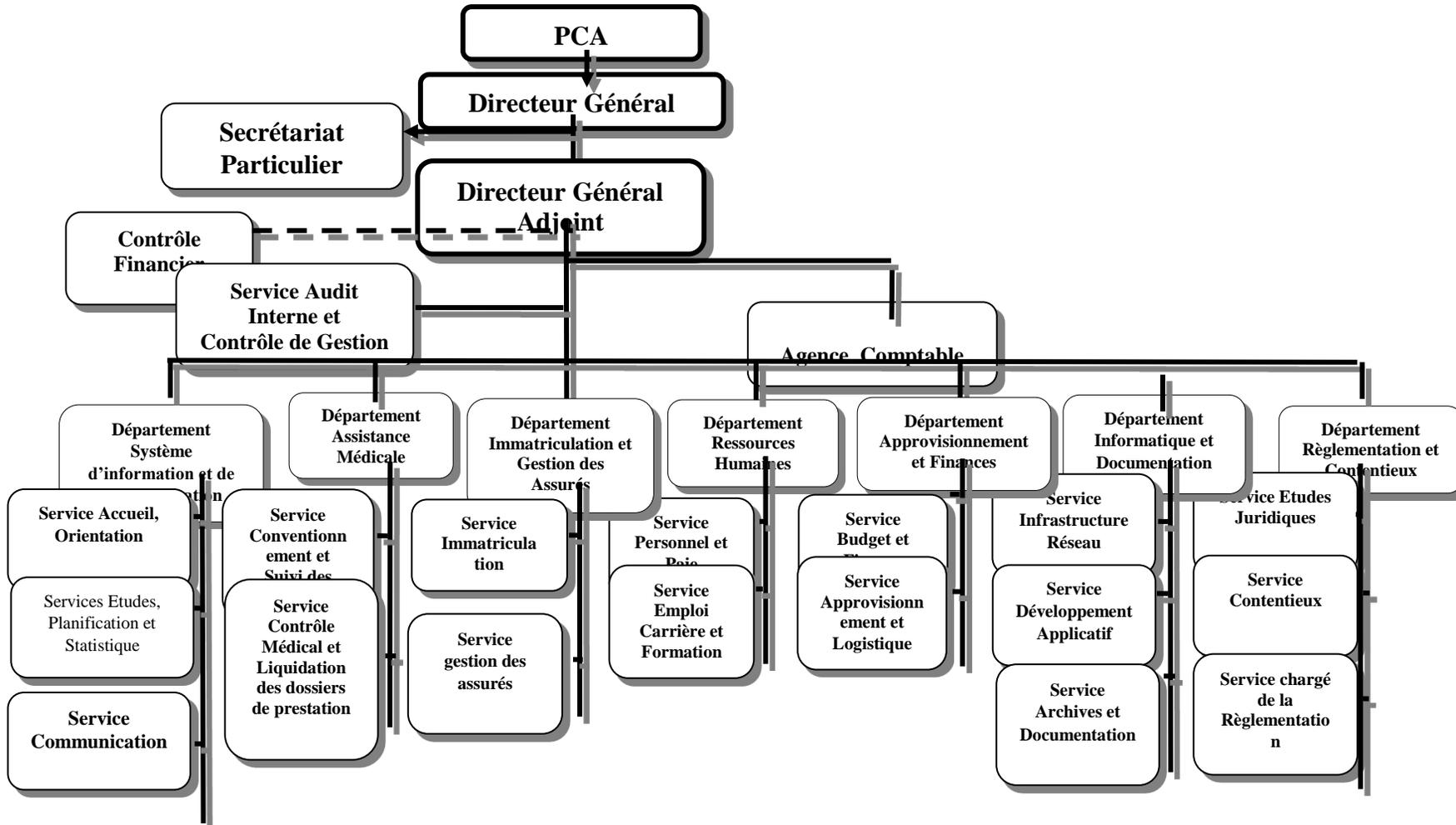
L'Agence Nationale d'Assistance Maladie communément appelée ANAM est un Etablissement Public national à caractère Administratif (EPA) créée par la loi N° 09-031/AN-RM du 27 juillet 2009 ; le Décret N° 09-554/P-RM du 12 octobre 2009. Elle est dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière, cependant placée sous la tutelle du Ministre chargé du développement social, de la solidarité et des personnes âgées afin de renforcer le processus d'extension de la protection sociale au Mali et notamment la lutte contre l'iniquité dans l'accès aux soins de santé de base des populations.

A cet effet, elle est chargée, via la mise en place du RAMED, de la prise en charge des personnes indigentes mais également de toutes catégories de personnes nécessitant une prise en charges telles que les orphelins, les pénitenciers, les enfants de la rue dont le pourcentage est estimé à environ 5% de la population malienne.

Elle travaille en étroite collaboration avec les collectivités territoriales, ainsi que les structures sanitaires publiques.

2. Organisation

Organigramme de l'ANAM :



3. Les missions

Les missions principales de l'ANAM sont la gestion du Régime d'Assistance Médicale et l'établissement des statistiques de l'assistance médicale.

A ce titre, elle est chargée de :

- * Encaisser les ressources du RAMED ;
- * Prendre en charge les prestations couvertes par le RAMED ;
- * Immatriculer des personnes éligibles au Régime et des bénéficiaires ;
- * Contrôler la validité des prestations soumises à la prise en charge de l'assistance;
- * La passation des conventions avec les formations de soins et le suivi de leur exécution.

4. Les objectifs

Malgré la crise politico-sécuritaire qui a affecté l'ANAM à l'instar de tous les services publics de l'État notamment dans le Département Assistance Médicale, il a connu un accroissement du nombre d'immatriculation contrairement aux années précédentes. De ce fait, à la date du 31/07/2015, la situation de l'immatriculation des bénéficiaires du RAMED se présente comme suit :

Tableau 6: Récapitulatif de la situation de l'immatriculation des bénéficiaires du RAMED du 31/07/2015

BENEFICIAIRES DU RAMED	OUVRANT DROIT	AYANT DROIT	BENEFICIAIRES DE DROIT	TOTAL
TOTAL	30.497	3.094	6.994	40.636

Source : Présentation de l'ANAM P. 8

De nouveaux objectifs ont été fixés après une analyse des données recueillies. A cet effet, l'ANAM se fixe comme objectif de couvrir au total 825 000 personnes soit 5 % de la population malienne afin qu'elle bénéficie à l'accès aux soins.

5. Les ressources

Les ressources allouées sont matérielles, financières et humaines. A cet effet, pour assurer la prise en charge des indigents, le RAMED est financé par les subventions de l'État à hauteur de 85 %; les contributions des collectivités territoriales contribuent à hauteur de 15 % et le reste des subventions proviennent des dons ; contributions des établissements financiers et des organismes personnels de l'État. L'ANAM est l'organe de gestion de cette ressource. Elle regorge notamment pour le bon fonctionnement, un personnel qui répond aux besoins des nécessiteux et possède un panier de soins pour satisfaire la population bénéficiaire. Le RAMED offre des soins gratuits tels

que les consultations ; les soins ambulatoires (examens de laboratoire, analyses médicales, imagerie) ; frais d'hospitalisation ; prestations de maternité et les médicaments en DCI.

6. Description de la mise en œuvre du RAMED à l'HGT

Dans l'optique de prendre en charge la population démunie, l'ANAM (Agence Nationale d'Assistance Médicale) s'est rattachée auprès des hôpitaux pour davantage informer les bénéficiaires des soins, surtout ceux qui ne sont en mesure de pouvoir prendre en charge leurs soins dans les hôpitaux. Nous nous sommes particulièrement penchés sur le cas de l'hôpital Gabriel Touré qui est notre terrain d'étude afin de décrire la mise en œuvre du RAMED à l'hôpital.

o. Etapes de la mise en œuvre du RAMED à l'hôpital Gabriel Touré

Aux termes des dispositions des articles 5 et 6 de la loi N°09-030 du juillet, bénéficient des prestations du RAMED dans les conditions fixées par le décret N°09-555/P-RM du 12 octobre 2009, les personnes qui ne sont couvertes par aucun autre système d'assurance et qui sont reconnues indigentes par la collecte et leurs ayant droits à charge³³.

Cependant, il est effectif en 2011. A cet effet, toutes les structures hospitalières devraient prendre en charge les indigents qui se présenteraient à leur niveau afin de bénéficier des soins.

³³ Source Recueil des Textes de l'ANAM, P. 13

❖ **Rencontre entre l'ANAM et l'HGT**

Néanmoins, comme dans tout début, le RAMED a rencontré des difficultés notamment dans la distribution des médicaments au niveau de l'HGT d'après M. Modibo Diarra qui est le Chef de Département Communication et Partenariat à l'ANAM. C'est pourquoi une première rencontre a siégé le jeudi 22 août 2013 à l'hôpital Gabriel Touré avec pour deux (2) points qui ont fait l'objet des discussions :

- Tarification des médicaments et la collaboration entre le service social du CHU-GT
- Collaboration avec le service social du CHU Gabriel Touré³⁴

❖ **Mesures prises**

D'après M. Modibo Diarra Chef de Département Communication à l'ANAM, les mesures prises lors de la rencontre entre l'ANAM et l'HGT étaient les suivantes :

- Assurer l'approvisionnement des pharmacies en médicaments en DCI ;
- Assurer le suivi de cette recommandation ;
- Mise en place d'un cadre d'échange entre l'ANAM et les structures de santé (qui se fait normalement chaque mois).

II. Difficultés rencontrées lors de l'immatriculation

Pour bénéficier de la gratuité des soins dans les centres de santé ou structures hospitalières, l'indigent doit notamment se munir de sa pièce communément appelée récépissé d'immatriculation qui lui confère le droit de pouvoir en bénéficier. Cependant, pour entrer en possession de cette pièce, l'intéressé devrait suivre une procédure, lui permettant ainsi d'être enregistré dans la base des données de l'ANAM pour être considéré comme un bénéficiaire du RAMED.

³⁴ Source : Compte Rendu de la Rencontre ANAM- CHU Gabriel Touré du Jeudi 22 Août 2013

1. Procédures d'immatriculation

A notre passage à l'ANAM dans le Service d'Immatriculation pour une durée d'une semaine, nous avons noté la procédure qui est adoptée pour l'immatriculation. Pour l'immatriculation au régime d'Assistance Médicale, un mécanisme précis est à suivre ; notamment :

- ❖ Le requérant adresse une demande de certificat d'indigence à sa mairie de résidence ;
- ❖ Le Maire ordonne au Service Local du Développement Social et de l'Economie Solidaire de mener une enquête sociale afin de confirmer ou d'infirmer l'état d'indigence du requérant ;
- ❖ Après l'obtention du certificat d'indigence, le postulant se rend au service social de sa commune pour le déposer, ainsi le service social se charge d'aller déposer à l'ANAM pour son immatriculation.

p. Les conditions d'éligibilité et d'immatriculation au RAMED³⁵

Ces conditions varient selon les cas.

Dans le cas de l'indigent, il doit :

- ❖ Disposer d'un certificat d'indigence en cours de validité (qui est cependant valable pour une année) ;
- ❖ Etre âgé de 18ans (accomplis) au moins ;
- ❖ Résider sur le territoire national ;
- ❖ Etre sans revenu et sans soutien ;
- ❖ En plus de ces conditions, il ne doit bénéficier d'aucun système d'assurance maladie.
- ❖ A cet effet, le dossier de la demande d'immatriculation est constitué des pièces obligatoires suivantes :
- ❖ Rapport d'enquête;
- ❖ Un extrait d'acte de naissance ou le jugement supplétif en tenant lieu du postulant ou la carte d'identité (s'il en possède) ou une carte de famille ;
- ❖ Le certificat de résidence ;
- ❖ Le certificat d'indigence ;
- ❖ En ce qui concerne les ayants droit à charge, nous avons :
- ❖ Le(s) conjoints ;
- ❖ Les enfants âgés de moins de 14ans ;

³⁵ Source : Présentation de l'ANAM Pp. 5,6,7.

- ❖ Les enfants âgés de 14ans à 21 ans s'ils poursuivent des études ;
- ❖ Les enfants handicapés quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et défective de se livrer à une activité rémunérée.
- ❖ Pour l'immatriculation de ses ayants droits, l'indigent doit produire :
- ❖ Pour le conjoint(s) : acte de mariage du dit conjoint, extrait de naissance ou jugement supplétif en tenant lieu ;
- ❖ Pour les enfants de moins de 14ans : les extraits d'acte de naissance des enfants et un certificat de vie collectif ;
- ❖ Pour les enfants âgés de 14 à 21 ans s'ils poursuivent des études : extrait d'acte de naissance et certificat de scolarité des enfants ;
- ❖ Pour les enfants handicapés quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité rémunérée : extrait d'acte de naissance et certificat médical justifiant le handicap.

q. Le mécanisme de la prise en charge médicale des bénéficiaires de droit³⁶

Il est le suivant :

- ❖ Sont admis de droit au bénéfice du régime d'Assistance médicale sur décision du maire de leurs localités de résidence :
- ❖ Les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelinats, ou des établissements de rééducation et de tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant les enfants abandonnés ou adultes sans famille fixe ;
- ❖ Les pensionnaires des établissements pénitentiaires ;
- ❖ Les personnes sans domicile fixe.

En ce qui concerne leur immatriculation, ils doivent être déclarés à l'ANAM par leurs structures respectives, ainsi l'ANAM procède à l'immatriculation des dits admis sur la base des informations individuelles les concernant.

2. Durée d'immatriculation

A partir de notre observation faite dans le Service d'Immatriculation, il n'y a cependant pas de durée instituée pour l'immatriculation car tout dépend des cas. En effet, peut se faire en moins de 5minutes. Elle se fait au moyen d'un logiciel appelé ORACLE (développé par l'informaticien de la structure). Ce logiciel renseigne le nom et prénom du requérant ; sa localité, date et lieu de

³⁶ Source Documentation ANAM

naissance ; noms et prénoms de ses parents ; numéro de téléphone ; son statut matrimonial ; son sexe ; son nom du quartier ; numéro de son certificat d'indigence. De plus, la durée d'immatriculation des localités peut prendre en moyenne plus de deux (2) semaines selon le Chef de Service Social et Immatriculation. Dès lors que les immatriculations sont faites, l'ANAM renvoie les récépissés aux différentes localités par la Poste. Sauf en cas d'urgence, le récépissé pourrait sortir le même jour sous ordre du chef de service de l'immatriculation. Toutes les immatriculations sont faites à l'ANAM.

3. Difficultés rencontrées lors de l'immatriculation

Malgré tout, l'immatriculation est butée à des difficultés qui ralentiraient la sortie des récépissés ou soit au rejet des dossiers ainsi constitués par le requérant. Observations faites, les difficultés sont d'ordres ;

- ❖ Administratives : la difficulté pour les indigents de procurer toutes les pièces nécessaires à la constitution de leurs dossiers ;
- ❖ Techniques : les pannes d'électricité peuvent surgir lors de l'immatriculation des indigents et notamment la mauvaise connexion qui pourrait ralentir le travail s'il y a des indigents qui ont joints à leur dossier des ayants droits ;
- ❖ Organisationnelles : procédure plutôt longue et compliquée ;
- ❖ Opérationnelles : l'ANAM n'étant pas déconcentrée, la réception et l'envoi des dossiers pour l'immatriculation est lente ; d'où le retard de réception des récépissés dans les dites localités.

CHAPITRE II. CHANGEMENTS APPORTES PAR LE RAMED DANS LA PEC

L'objectif du RAMED étant d'apporter un soutien dans la prise en charge des indigents et notamment dans les structures hospitalières, porte l'intérêt d'une part de pouvoir faire un recensement des indigents, non pas direct mais pouvoir également sensibiliser la population du dit système mis en place. A cet effet, il a cependant apporté des changements dans la prise en charge ; car nous pouvons noter des points de différence entre la prise en charge du service social de l'hôpital et celle de l'ANAM. Mais elle porte le même objectif c'est-à-dire la protection sociale.

A ce propos, au travers des entretiens menés à l'HGT, chaque acteur a donné son point de vue par rapport aux changements apportés par le RAMED à l'HGT.

I. Mesures adoptées dans la prise en charge des indigents

Lors de notre observation et passage à l'HGT allant de Juillet à Août 2017, un processus est adopté par l'ANAM pour la prise en charge des indigents à l'hôpital et dans leurs localités. A cet effet, la prise en charge de l'indigent est effective dès présentation de son récépissé d'immatriculation. Cette présentation lui confère un bénéfice de soins demandés. La présence des agents de l'ANAM au niveau de l'hôpital assure la vérification des récépissés d'immatriculation et l'orientation des indigents du service souhaité pour l'obtention des soins. Cette vérification faite, ces agents assurent le remplissage des registres pour lesquels les indigents nécessitent une consultation, ces registres serviront pour effectuer des remboursements à l'hôpital par rapport à leurs prestations données aux indigents. On peut dire qu'elle sert de traçabilité et de transparence dans la prise en charge des indigents à l'HGT.

II. Impact des changements dans la PEC des indigents

La mise en œuvre du RAMED à l'HGT est porteuse de fruits surtout dans la prise en charge des indigents témoignent ainsi les différents acteurs. A cet effet, elle a apporté des impacts assez positifs dans la PEC des indigents notamment dans la vérification des critères d'indigence, amélioration des soins, un appui considérable de l'ANAM dans la prise en charge, un allègement des tâches du service social de l'HGT, une sensibilisation de la population, l'enquête sociale faite aux domiciles des indigents, certes une procédure longue mais pour permettre la vérification des dossiers qui leur sont parvenus, réunions dans le but d'apporter des modifications ou des améliorations dans la prise en charge des indigents.

PARTIE III. METHODOLOGIE – RESULTATS DE L’ENQUETE

CHAPITRE I. METHODOLOGIE

I. Méthodologie

Pour bien mener l'étude, nous avons adopté une méthodologie axée sur la démarche qualitative. La recherche qualitative peut être définie comme une activité qui permet à un individu ou à un groupe d'acquérir des connaissances précises sur la réalité culturelle et sociale vécue quotidiennement (modifié après Beaudry 1975 :50). Ces connaissances peuvent être acquises par l'application d'une ou plusieurs méthodes à savoir l'analyse des documents ; les observations ; les entretiens et le focus group ou les entretiens de groupes.

La méthode qualitative se caractérise par une procédure ouverte visant à déterminer « qu'est ce qui existe », « pourquoi il en est ainsi » plutôt que, « combien en existe-t-il ». Elle vise à cerner la réalité telle que la définit le groupe à étudier sans imposer à la population un questionnaire ou un cadre pré structuré.

A cet effet, le procédé consiste à identifier au sein de l'Hôpital Gabriel Touré des problèmes dans la mise en œuvre du RAMED qui cependant font l'objet de la problématique, à savoir : le fonctionnement du RAMED et la PEC médicale des indigents immatriculés à l'ANAM. Cette approche qualitative a été mise en œuvre par des guides d'entretiens, le récit de vie.

1. L'observation participative :

L'intérêt de cette observation était de voir comment les indigents bénéficient des soins à l'HGT et comment fonctionne le RAMED dans la structure hospitalière. A cet effet, des rencontres ayant été faites par les agents de santé (services sociaux, infirmiers, médecins) et les agents de l'ANAM basés à l'hôpital pour se faire une idée de comment ils travaillent quotidiennement dans la mise en œuvre du RAMED ; pour ainsi savoir si les textes établis pour la mise en œuvre coïncident avec la réalité. Tel était le but de cette observation participative.

II. Population de l'étude

La population de l'étude est constituée des principaux acteurs qui sont les suivants : les assistantes sociales de l'hôpital Gabriel Touré, les agents de la CANAM qui travaillent à GT, les agents de l'ANAM qui s'y trouvent également, les agents de santé exerçant à l'hôpital et les indigents. A cet effet, nous nous sommes entretenus avec deux (2) assistantes du service social, les deux (2) agents de la CANAM qui travaillent à l'hôpital car ils partagent le même bureau avec les agents de l'ANAM ; donc ils réceptionnent les récépissés d'immatriculation et assurent le remplissage des registres/fiches de l'ANAM, nous avons également fait des entretiens avec les deux (2) agents de l'ANAM qui sont mis à la disposition des indigents à l'HGT afin de leur fournir des informations s'il y a d'éventuelles complications dans leur PEC.

Les entretiens se sont également déroulés avec les agents de santé qui ont prodigués des soins ou distribués des médicaments aux indigents notamment dans le service de pharmacie (Responsable de la pharmacie de l'HGT), le service de pédiatrie (Responsable du service), le service de chirurgie générale (Responsable des infirmiers et un infirmier), le service de oncologie-pédiatrie (Le chef d'unité de ce service) et enfin, des entretiens avec des indigents qui ont bénéficiés du RAMED.

La collecte complémentaire s'est faite par des entretiens non formels et l'observation participative. Le but de l'observation était de parcourir les services dans lesquels les indigents ont bénéficié des soins pour voir l'accueil et le plateau technique, ainsi que le personnel en action. Les entretiens se sont déroulées entre Juillet et Août 2017 à l'HGT. L'ensemble des entretiens ont été effectués avec un enregistreur de la marque OLYMPUS.

III. Choix des enquêtés

A cet effet, le choix de l'échantillon s'est fait sur la base des registres de l'ANAM de l'HGT et ceux du service social afin de recenser les indigents qui ont bénéficiés du RAMED. Les périodes prises en compte sont celles de Janvier 2016- 26Mai 2016 et de Janvier 2017- 11Juillet 2017. Le choix de deux périodes est dû au manque d'information dans les registres qui permettraient la traçabilité des indigents. En effet, le ciblage des indigents s'est fait en fonction des critères qu'ils remplissent qui sont notamment leur certificat d'indigence. Nous avons mis un focus sur les numéros de téléphone donnés par les indigents lors de leur passage à l'HGT ainsi que le choix équitable de sexe (Homme et Femme). Ceci dit, l'échantillonnage s'est fait en boule de neige.

IV. Dépouillement et traitement de données

L'ensemble des données ont été faits à l'aide des guides d'entretiens et des documents reçus de l'ANAM et de l'HGT qui ont servis à la collecte des données. De plus, les indigents nous renseignent sur des éléments en fonction des thématiques bien précises.

A cet effet, le traitement des données reçues se fait par l'utilisation d'un logiciel appelé QDA Miner. QDA Miner est un logiciel d'analyse qualitative conçu pour la recherche avec méthodes mixtes. À la fois convivial et facile à utiliser, il permet le codage, l'annotation, l'exploration et l'analyse de petites et de grandes quantités de documents et d'images.

QDA Miner permet d'analyser des transcriptions d'entretiens individuels et de groupes de discussion, des documents, des rapports, des articles de revues, des livres, ou encore des images, des photographies ou tout autre type de documents visuels³⁷. Pour effectuer ce traitement, les entretiens sont transcrits avec le logiciel de traitement de texte Word 2013 (Microsoft Word) avant d'être importés vers le QDA Miner qui assure le traitement et l'exploitation des données.

V. Difficultés et limites de l'étude

L'élaboration de cette étude a rencontré des difficultés qui sont notamment d'ordres :

- ❖ **Linguistiques** : la non maîtrise de la langue bambara est une difficulté à noter. Nous avons fait appel dans un premier temps à un médecin travaillant à l'HGT dans le service de Neurologie afin de passer des entretiens avec des indigents et dans un second temps, à un étudiant que j'ai sollicité afin de continuer avec mes entretiens.
- ❖ **Matériels** : la ressource matérielle (moto) n'était toujours pas disponible car il fallait se déplacer aux domiciles des indigents afin d'effectuer des entretiens et surtout en fonction de leur disponibilité.

Des limites sont observées dans l'étude notamment le manque d'information du RAMED auprès de la population indigente mais également des agents de santé de l'HGT qui ne sont pas véritablement informés de la mise en œuvre du RAMED. De plus, le manque de médicaments est à noter dans la pharmacie de l'hôpital ce qui ralentit l'amélioration de la santé de l'indigent.

³⁷ <https://provalisresearch.com/fr/produits/logiciel-d-analyse-qualitative/>

CHAPITRE II. PRESENTATION DES RESULTATS

Parlant de présentation des résultats, nous ferons dans un premier temps l'élaboration d'un tableau représentatif du profil des enquêtés qui ont faits l'objet de notre étude.

Tableau 7 : Des profils des enquêtes

Profil	Age	Situation Géo. (Quartier)	Statut Professionnel	Statut Matrimonial
Indigents				
Aissata Koné	53 ans		Sans travail	Veuve
Hafi TOURE		Kalaban Coura	Sans travail	Veuve
Madja Ballo				Veuve
Souleymane TOURE	57 ans		Aménagiste	Marié
Traoré Djeneba	13 ans		Elève	Célibataire
Issa Traoré	62 ans		Maître coranique	Marié
Karamoko Djiré	26 ans		Vendeuse de beignets	Veuve
Souleymane NIARE	55 ans			Marié
Doumbia Bourama	20 ans	Niamakoro	Apprenti tailleur	Célibataire
Fofana Kadidiatou	10 ans		Non scolarisée	Ccélibataire
Agents ANAM				
SISSOKO MOUSSA ADAMA SISSOKO	33 ans		Représentant ANAM à HGT	
Service Social				
TRAORE Ramatoulaye			Administrateur des affaires sociales	Mariée
NIARE niamoye toure	59 ans		Administrateur des affaires sociales	Mariée
Agents CANAM				
Mounkeila Diambédiou	35 ans		Responsable AMO / HGT	Marié
Sylla DEMBA		Kalaban Coura	Gestionnaire de formation	Marié
Agents de Santé				
Dr KONE El Hadj Idrissa	60 ans		Médecin chef/ Pédiatrie	Marié
DIARRA Mariam DIARRA			Chef Unité Service Oncologie-Pédiatrie	Marié
COULIBALY Abdoulaye	49 ans		Infirmier /Chirurgie Générale	
Losseny Bengaly	51 ans		Responsable Pharmacie de l'HGT	Marié

Pour un total de 19 enquêtés, nous avons une répartition suivante : neuf (9) femmes et dix (10) hommes.

I. Analyse des données

Cette partie regroupe l'exploitation et l'interprétation des données des entretiens qui ont été faits pour cette étude. En effet, chaque thématique a été traitée afin de noter les points qui pourraient être améliorés dans la mise en œuvre du RAMED à l'HGT, notamment dans la PEC des indigents.

1. Connaissance du RAMED

A. Information sur le RAMED

Le RAMED est un système mis en place dans le but de prendre en charge les plus démunis communément appelés indigents. Il favorise une protection sociale au Mali vu que l'indice de développement humain 2010 du Mali (0,3091) qui classe le pays au 160ème rang mondial sur 169 met en exergue le niveau de pauvreté sous-tendu par le nombre potentiel d'indigents estimés à 5% de la population totale à ce jour.

A cet effet, pour réduire ce taux, l'Etat s'est engagé à l'instituer dans des structures hospitalières publiques afin de recenser un assez grand nombre d'indigents.

Nos observations faites principalement au niveau de l'HGT nous révèlent que le niveau d'information par les acteurs principaux sur le RAMED est assez considérable mais la cible visée en elle-même est moindre sauf pour des cas d'extrême urgence qui nécessitent une quelconque aide afin qu'une PEC soit effective.

a. Connaissance des agents de l'ANAM sur le RAMED

Par rapport à la stratégie de communication

Un système institutionnel d'information et de communication est mis en place par l'ANAM afin de véhiculer l'information de la mise en œuvre au Mali. Notre passage à l'HGT nous révèle de la stratégie de communication utilisée par les agents de l'ANAM basés à GT qui est du « bouche à oreilles ». Cette méthode est la plus utilisée au niveau de GT. Cet extrait d'entretien nous le montre :

« L'ANAM dispose de son propre service de communication et au niveau de l'hôpital, on fait le maximum de nous-mêmes pour pouvoir informer les patients notamment par notre moyen qui est du « bouche à oreilles ».

Moussa CISSOKO- Représentant de l'ANAM à GT (entretien réalisé le 14/08/17)

b. Connaissance des agents de la santé sur le RAMED

Par rapport au fonctionnement

De manière générale, les agents de santé sont informés sur le RAMED et de son fonctionnement en passant par la procédure de remboursement; tel est cet extrait d'entretien

réalisé avec le Dr KONE-pédiatre à l'HGT montre qu'il maîtrise le fonctionnement notamment la procédure de remboursement:

« Concernant le remboursement, on forme un document, c'est-à-dire le dossier de l'indigent qui est au niveau de l'action sociale, et elle envoie au niveau de la direction. De plus, pour les communes, c'est la mairie qui est chargée du paiement dans le sens que la structure de santé qui a dispensé des soins aux indigents se voit rembourser par la mairie en fin de chaque mois : c'est ça le système. Et le système de l'hôpital devra être le même car c'est une structure centrale qui est directement rattachée au cabinet du ministre. »

Chef Unité de consultation pédiatrie de l'HGT (entretien réalisé le 09/08/17)

c. Connaissance des indigents sur le RAMED

Les indigents sont informés du RAMED à plusieurs niveaux : la mairie, des tierces personnes (voisinage, membre de la famille) et la mutuelle de santé. Ces propos d'indigents que nous avons rencontrés illustrent la diversité des sources d'informations sur le RAMED :

« J'ai été informée du RAMED par un agent de la mairie »

(Aissata KONE- Indigente, entretien réalisé le 24/08/17)

« J'ai pris connaissance du RAMED par la mutuelle de santé de GOUANA qui m'a mise en contact direct avec le Président de la dite mutuelle qui s'appelle Fatoma DIARRA ainsi, j'ai été mise en contact au niveau de l'ANAM et c'est à ce moment que j'ai su qu'elle fait dans la PEC des indigents. »

(Hafi TOURE- Indigente, entretien réalisé le 02/01/2018)

« J'ai été informée du RAMED par mon beau-fils qui travaille à l'AMO. La mise en contact au niveau de l'ANAM s'est faite par le service social de l'HGT. »

(Madja BALLO- Indigente, entretien réalisé le 24/08/17)

« Je savais qu'il y a un dispositif de l'ANAM qui existe car je suis le chargé de développement du quartier c'est pourquoi je suis impliqué de façon communautaire. Mais c'est par le biais d'une connaissance à ma femme que j'ai été informé du RAMED lorsque mon beau-frère est tombé malade et c'est à travers le développement social qu'on a su qu'il y a des enquêtes à faire pour obtenir le certificat d'indigence et le récépissé »

Souleymane TRAORE- Indigent (Entretien réalisé le 05/09/17)

A la lecture de ces extraits, nous pouvons dire que certains ont accès aux informations sur le RAMED grâce aux postes qu'ils occupent dans le service, dans le quartier ou dans le village.

B. Déficit d'information sur le RAMED

Malgré l'existence d'une stratégie de communication, nous notons des faiblesses dans le système d'information et de communication du RAMED. Une des faiblesses c'est que plusieurs indigents qui arrivent à l'hôpital ne semblent pas avoir pas entendu de son existence. Une autre faiblesse c'est que ceux qui sont informés éprouvent des difficultés à avoir des soins à leur arrivée à l'hôpital. Nombreux sont ceux qui se sont rendus à l'hôpital pour une pathologie bien précise avec leurs moyens qui à un moment donné ont été insuffisants et ont été informés du RAMED pour se garantir de la continuité des prestations des soins jusqu'à leur sortie. Ces faiblesses constituent des problèmes majeurs de la mise en œuvre du RAMED.

Quel est le facteur qui est à l'origine de ces faiblesses d'information ?

Pour répondre à cette question, nous nous sommes intéressés aux activités des agents de l'ANAM et de la santé qui sont chargés de la sensibilisation afin de véhiculer l'information sur la mise en œuvre du RAMED. Nous nous sommes rendus compte que ceux-ci ne font pas régulièrement leurs tâches. Ils ne donnent l'information à condition que l'indigent ne soit plus en mesure de se prendre en charge. D'autres qui sont dans une situation d'indigence ne sont pas informés des avantages qui devraient avoir. Cela peut être considéré comme une faille dans les activités du personnel de l'ANAM et des agents de santé à l'hôpital. Cette illustration le montre :

« Le déficit d'information sur le RAMED fait qu'il y a des indigents qui ne savent même pas ce processus en question. »

Chef unité de consultation pédiatrie de l'HGT (entretien réalisé le 09/08/17)

Nous retenons un déficit d'information sur le RAMED bien que l'ANAM possède un système d'information et de communication pour sensibiliser la population sur la dite mise en œuvre. Ces extraits montrent bien le déficit d'information et de communication :

« L'ANAM est méconnue un peu parce que la communication n'est pas vraiment ça. »

Moussa CISSOKO- Représentant de l'ANAM à GT (entretien réalisé le 14/08/17)

« Pas de connaissance du RAMED » (Aissata KONE- Indigente, entretien réalisé le 24/08/17)

« Je n'ai aucune connaissance du RAMED » (Madja BALLO- Indigente, entretien réalisé le 24/08/17)

« Je ne connais pas grand-chose du RAMED » (Souleymane TRAORE- Indigent, entretien réalisé le 05/09/17)

2. Mise en œuvre du RAMED à l'HGT

A. Avant RAMED

Avant la mise en œuvre du RAMED à l'HGT, c'est le service social dudit hôpital qui jouait le rôle dans la prise en charge des démunis, appelés indigents. Le processus de cette prise en charge était différent de celui du RAMED. Voyons comment fonctionnait le service social de l'HGT avant l'avènement du RAMED selon les agents de ce service.

a. PEC indigent avant : critères spécifiques à la PEC du service social

Avant l'avènement du RAMED à GT, la prise en charge de l'indigent était assurée par le service social qui avait son propre fonctionnement, notamment pour les hospitalisés et les non hospitalisés. A cet effet, pour en bénéficier, il faut remplir certains critères qui sont :

Une recommandation du major du service dans lequel l'indigent est hospitalisé ;

Cette recommandation est renvoyée au service social de l'hôpital pour une enquête sociale afin de vérifier le niveau d'indigence ;

Le niveau d'indigence vérifié, le service accorde et approuve la prise en charge de l'indigent.

Nous avons procédé à des entretiens auprès des administrateurs sociaux de l'HGT pour savoir comment se faisait la prise en charge de l'indigent avant le RAMED.

Pour les hospitalisés :

« Avant on avait une demande d'hospitalisation qu'on remplit et qu'on amène au service social. Il attribue un numéro au malade et on peut à ce moment faire une ordonnance pour que le service soit en mesure de donner des médicaments aux nécessiteux. Donc quand on les amène, maintenant, eux ils donnent un numéro au malade. Dès lors que le service social signe, ils vont à la pharmacie de l'hôpital pour s'enquérir des médicaments. »

D M D-Chef Unité Oncologie-pédiatrie de l'HGT (entretien réalisé le 08/08/17)

Pour les non hospitalisés :

« Pour celui qui n'est pas hospitalisé, nous avons une fiche de mouvement qui renseigne son nom, son adresse et sa demande pour une consultation et on envoie avec le cachet et tout. Quand le médecin voit simplement la fiche en question, il sait que c'est un malade du service social. Si le médecin lui donne une ordonnance, il nous la rapporte et si les médicaments se trouvent à notre niveau nous lui donnons. »

Traoré Ramatoulaye- Administrateur des affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/07/17)

En plus de cela, une autre différence avec le RAMED, le service social était notamment aidé en grande partie par l'hôpital qui assurait une totale prise en charge des indigents comme l'indique également cette assistance sociale de l'HGT :

« L'HGT aidait avant le service social de l'hôpital avec les médicaments, des analyses, des scanners. »
Traoré Ramatoulaye- Administrateur des affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/07/17)

Une totale PEC de l'indigent serait assurée par le service social de l'HGT. Malgré l'avènement du RAMED, le service social continue de remplir sa fonction de PEC bien qu'il n'y ait pas assez de moyens à leur disposition dû notamment à une restriction de leur budget octroyé.

b. Appuis extérieurs au profit du service social et des indigents

Les appuis extérieurs dont il s'agit sont des aides qui proviennent d'ailleurs que de l'Etat malien. A notre passage à l'HGT, des observations ont été faites au niveau du service social notamment dans la PEC de l'indigent mais également des appuis de différents ordres tels que financiers, moraux et des appuis extérieurs pour porter mains fortes au service social dans son fonctionnement. Nous avons fait des entretiens auprès des administrateurs sociaux de l'HGT ainsi que les agents de santé pour exprimer leur vécu des différents appuis dont bénéficie le service social:

« Il y a des personnes de bonnes volontés qui prennent en charge des actes et la Direction signe juste afin que les actes soient attribués aux bénéficiaires. Les médicaments en font partis et l'aide de la France est ainsi apportée. »
D M D-Chef Unité Oncologie-pédiatrie de l'HGT (entretien réalisé le 08/08/17)

Comme ce cas rapporté par une infirmière, un enfant hospitalisé au niveau du service oncologie pédiatrique de l'HGT a bénéficié d'un appui extérieur pour sa PEC.

Il faut également ajouter que le personnel du service social initie des petites cotisations entre agents de santé pour subvenir aux besoins des indigents comme le rapporte une infirmière :

« Là, un malade qui est hospitalisé, qui n'a pas droit à aller à la pharmacie dehors comme le personnel, alors que l'hôpital n'a pas assez de médicament donc obligatoirement le malade n'a pas tous les médicaments à sa disposition. Donc on est obligé de faire les petites quêtes ou bien de saisir les bonnes volontés, pour leur prise en charge. »
D M D-Chef Unité Oncologie-pédiatrie de l'HGT (entretien réalisé le 08/08/17)

Des appuis exceptionnels peuvent provenir des personnes de bonnes volontés pour appuyer les indigents:

« Il y'a des personnes également de bonnes faisances qui viennent vers nous, qui donnent des sommes. Quand un besoin se présente par exemple, maintenant si on n'a pas pu satisfaire l'ordonnance d'un indigent, s'il y'a de l'argent sous notre main, on lui donne. C'est l'occasion pour lui donner ; il va payer à la pharmacie. Donc euh, il y'en a également qui demande même à aller leur présenter les indigents, ils vont donner ca main à main. »
Niare Niamoye Touré- Administrateur des Affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/07/17)

De manière générale, les indigents bénéficient d'appuis considérables de la part du service social, du personnel de santé de l'HGT et des personnes de bonnes volontés pour leur PEC.

c. Rôle joué par le service social dans la PEC des indigents

Nous constatons le rôle important que joue le service social dans la PEC des indigents afin de leur venir en aide. A cet effet, le service social de l'HGT s'est notamment engagé dans la protection et la promotion sociale des malades par l'accueil, la PEC en vue d'atténuer les causes morales ou matérielles des malades, de contribuer à l'humanisation du séjour des malades, de favoriser l'accès aux soins de qualité et à l'information de participer à la réinsertion sociale ou professionnelle du malade après guérison, comme l'indique cet extrait d'entretien réalisé à l'HGT avec une assistance sociale :

« De façon générale, si un indigent est sans accompagnant, on fait sa réinsertion vers sa famille. On le fait avec l'aide du personnel c'est-à-dire qu'on se rapproche des personnes qui sont de la même ethnie que l'indigent pour avoir des informations nécessaires et la recherche est ainsi faite. »

Ramatoulaye TOURE- Administrateur des Affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/08/17)

« Il arrive des moments où les chauffeurs de l'hôpital nous apporte des indigents qui sont en pleurs ou de se lamenter car ils n'ont rien, donc ils prennent leur main et les amènent vers nous et nous l'assistons. »

Niare Niamoye Touré- Administrateur des Affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/07/17)

Nous pouvons noter que le service social de l'HGT a une bonne collaboration avec les personnes extérieures qui accompagnent des démunis malades à l'HGT pour leur prise en charge ; il le fait sans distinction des types de malades, de leur sexe, de leur origine, de leur nationalité, de leur statut...

Au-delà de son rôle d'assistance, il a un sens d'écoute qui est indispensable pour pouvoir orienter ceux qui sont dans le besoin, mais également apporter conseil en fonction du besoin de l'indigent.

« La personne qui se présente à nous est d'abord accueillie et on l'a fait asseoir en lui demandant l'objet de sa venue. Après l'avoir écouté, on lui donne des conseils par rapport à son besoin ou sa demande. »

Niare Niamoye Touré- Administrateur des Affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/07/17)

d. Suivi ou accompagnement du service social

Comme nous venons de le souligner, le service social devrait aussi participer à la réinsertion sociale ou professionnelle du malade après guérison mais cela n'est faisable à l'HGT en raison du faible budget et l'absence des moyens matériels nécessaires pour mener à bien ses activités.

« L'accompagnement en lui-même est de courte durée car si nous étions véhiculés, même à la sortie nous pourrions poursuivre la procédure jusqu'à ce que le malade soit autonome mais notre circuit s'arrête au niveau de l'hôpital. Une fois que la personne quitte ici, on a plus de nouvelle car notre budget ne le permet pas qui est la faute de l'IRS. »

Niare Niamoye Touré- Administrateur des Affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/07/17)

Au travers de cet extrait, le service social ne peut remplir sa fonction de réinsertion sociale après guérison du malade car les moyens sont insuffisants.

B. Arrivée du RAMED : Dispositif mis en place, profil de la personne, qui faisait quoi ?

1. Description du dispositif

Pour bénéficier de la gratuité des soins du RAMED, il faut être muni de son récépissé d'immatriculation et le présenter dans une structure hospitalière. A cet effet, le panier des soins du RAMED est constitué de :

- ❖ Hospitalisations avec ou sans intervention chirurgicale;
- ❖ Soins ambulatoires (les consultations, les examens de laboratoire, l'imagerie médicale, les soins médicaux, la maternité, les médicaments DCI).

La procédure de prestation des soins à l'HGT se fait de la manière suivante :

a. Procédure des prestations

De manière globale, la procédure de prestations des soins du RAMED à l'HGT se fait par présentation du récépissé d'immatriculation qui est délivré par l'ANAM. A cet effet, l'indigent se présente au guichet de l'ANAM dans l'hôpital et les agents qui s'y trouvent orientent l'indigent en fonction de sa demande qui varie d'un besoin de consultation, d'examens au laboratoire ou d'une dotation de médicaments dans la pharmacie de l'hôpital. De plus, ces agents possèdent des registres bien spécifiques (registres de consultations, registres d'ordonnances, registres d'examens, etc) qui sont remplis afin que les indigents bénéficient des fiches de soins à l'hôpital. Ces fiches sont remises aux différents agents de santé par l'indigent. Cette procédure permet une traçabilité des prestations qui ont été administrées par l'hôpital. Le responsable de la pharmacie de l'HGT nous le montre également à partir de cet extrait d'entretien réalisé à GT :

« L'indigent immatriculé par l'ANAM, il se présente à l'hôpital au niveau du bureau de la représentation ANAM c'est ce qu'on appelle l'espace AMO et c'est le représentant de l'ANAM qui procède à l'enregistrement, ainsi on attribue un numéro à cet indigent. Pour ce qui nous concerne, il va à la prescription et ce numéro qui est marqué sur la fiche ANAM est marqué dans nos registres et les médicaments sont délivrés. »

Dr Losseny- Responsable de la Pharmacie de l'HGT (entretien réalisé le 06/12/17)

Nous pouvons dire que pour bénéficier de la prestation des soins du RAMED, les agents de santé sont tenus de vérifier les fiches que présentent les indigents à leur niveau.

b. Fonctionnement du système en dehors des heures normales

A notre passage à GT, nous avons pu remarquer que le fonctionnement du RAMED était continu même pendant les heures de garde (16h – 08h) mais c'est le service de la CANAM qui renseigne les registres et remplit les fiches de l'ANAM pour que les indigents puissent bénéficier des prestations du RAMED. L'extrait d'entretien d'un agent de la CANAM appuie ce fonctionnement en ses termes:

« Ce n'est pas officiel mais les agents de l'ANAM donnent l'autorisation de prendre en charge ceux qui sont hospitalisés. Sinon en fait, les indigents qui viennent pour les consultations déjà après 16h c'est la garde à l'hôpital donc il n'y a pas de consultation sauf ceux qui viennent en cas d'urgence et les hospitalisés ce sont les deux qu'on prend en charge et là on appelle l'agent de l'ANAM on lui explique le cas, s'il dit de faire la PEC, on la fait. Des fois, s'il y a des complications avec leur prestation, on leur dit de revenir le lendemain pour voir les agents de l'ANAM. »

Mounkeila Diembédiou- Agent de la CANAM à l'HGT (entretien réalisé le 05/08/17)

En dehors des heures normales, c'est-à-dire des gardes, le fonctionnement du RAMED est continu même dans les situations d'urgence (assez rares) qui nécessitent la présence des agents de l'ANAM afin que la PEC soit effective.

c. Critères d'identification d'un indigent/ Renseignement de la fiche d'enquête/Difficultés rencontrées lors de l'identification

Avant le RAMED, la procédure pour identifier un indigent était différente car elle se faisait en accord avec le Major du service dans lequel l'indigent était hospitalisé et le service social de l'hôpital joignait à son dossier une fiche d'enquête sociale pour confirmer son indigence. Ainsi, il était complètement pris en charge par le dit service. L'arrivée du RAMED a cependant apporté quelques petits changements notamment par la présentation d'un récépissé d'immatriculation de l'ANAM qui fait office de critère d'identification de l'indigent car il y a de ceux qui prétendent l'être mais n'ont aucun moyen de le prouver. Comme l'appuie le pédiatre Dr KONE, exerçant à GT :

« Avant d'avoir la carte d'indigence, il y'a un processus c'est-à-dire qu'il faut que l'indigent se déclare à la mairie là où il vit. Et la mairie mène une enquête sérieuse c'est-à-dire qu'ils vont jusqu'au domicile de l'intéressé questionner les voisins directs pour en savoir plus. C'est de là qu'on saura réellement est-ce qu'il répond aux critères d'indigence. Et automatiquement, la prise en charge est faite ! Mais parfois, l'ignorance fait que, y'a certains indigents même qui savent pas ce processus-là. »

Chef unité de consultation pédiatrie de l'HGT (entretien réalisé le 09/08/17)

D'une manière générale, la difficulté rencontrée lors de l'identification d'un indigent est souvent d'ordre administratif car la fiche d'enquête peut être mal remplie ou la bonne information n'est pas véhiculée pour permettre aux membres de famille des indigents de bénéficier du RAMED.

d. Approvisionnement/Rôle joué par la pharmacie dans la PEC des indigents

La pharmacie de l'HGT est un service phare dans la PEC car elle joue un rôle clé notamment dans la distribution des médicaments aux indigents par présentation de leurs ordonnances validées par l'ANAM. Elle est approvisionnée par des pharmacies extérieures et des fournisseurs privés lui assurant une pérennité de ses services comme le mentionne le Responsable de la pharmacie de GT, Dr Losseny :

« La pharmacie de l'HGT est approvisionnée par deux structures qui sont, la pharmacie populaire en premier lieu et les fournisseurs privés en second lieu. »

Dr Losseny- Responsable de la Pharmacie de l'HGT (entretien réalisé le 06/12/17)

Nous avons eu à noter lors de notre passage à GT qu'il y a certains produits dont ne disposait pas la pharmacie en raison d'un retard d'approvisionnement. Ceci a un impact sur la distribution des médicaments aux indigents et sur leur santé.

e. Exemples de PEC des indigents

La PEC des indigents étant la priorité de tous, les acteurs principaux ont été confrontés à des difficultés bien spécifiques pour satisfaire la demande des bénéficiaires dans la mise en œuvre du RAMED. Nous avons le cas de ce médecin chef pédiatrie qui relate des faits vécus au niveau du service de pédiatrie de l'HGT :

« Il y a eu plusieurs cas. Mais de ce que je me rappelle encore, c'est d'un cas qui est venu se déclarer indigent. En le voyant on savait pratiquement qu'il était indigent, et son état exigeait les soins d'urgences. Nous étions obligés de prendre contact avec l'action sociale et automatiquement l'ordonnance était déjà livrée ; les gens-là ont eu à parcourir pour avoir les premiers soins. Mais au fond l'intéressé n'avait pas de carte. Après sa guérison, avec l'action sociale, on a renvoyé l'intéressé à la mairie, ils ont commencé le processus normal jusqu'à aller faire l'enquête au sein de son quartier et domicile. Et au bout du rouleau il avait sa carte pour sa prise en charge définitive dans les cas à venir. Voilà ! Bon... Il y'a... les autres cas hein ; pas de problème, ils viennent avec leur carte, donc on n'avait pas de difficulté. »

Dr KONE- Médecin Chef Pédiatrie de l'HGT (entretien réalisé le 25/08/17)

Ou celui de cet infirmier en service en chirurgie générale :

« Il y avait un patient avait une pancréatite larvaire (un kyste du au niveau du pancréas) Donc il est venu ici, il n'avait absolument rien ; son papa c'est un tailleur ! Ils n'ont même pas à manger, je te dis ! Donc, quand ils sont venus, nous on leur a donné des instructions par rapport au processus de fonctionnement du RAMED. On leur a donné ça, ils sont partis prendre un certificat d'indigence au niveau de leur commune là-bas à Niamakoro. Ils sont venus avec ça ; on les a envoyés au service social avec la demande d'hospitalisation. Après ça, eux aussi ils ont fait leur truc. On les a amenés à l'ANAM là... Ils reçoivent les médicaments ! Le petit, maintenant, il est bien ! Même hier il est quitté ici en consultation ! Il a fait plus de trois mois ici ! Ça s'est bien passé ! Y'a une brûlure aussi comme cas ! Elle avait à peu près quarante ans comme ça ! »

Coulibaly Abdoulaye –Infirmier Chirurgie Générale (entretien réalisé le 27/07/17)

Des exemples de PEC peuvent être multiples surtout que c'est le social qui règne au Mali et d'une quelconque manière, l'ensemble des agents sont mobilisés pour apporter des aides au besoin des indigents.

f. Procédure de remboursement

Selon les textes, les remboursements se font après deux semaines. Pour que les remboursements de GT soient faits, il faut que l'hôpital joigne à leur dossier le bordereau mais également l'ensemble des fiches de prestations des soins qui ont été faits lors des passages des indigents dans le dit centre. Nous pouvons noter l'exemple de cet entretien du responsable de la pharmacie de GT :

« Après on collectionne tout ce qui est ordonnance ANAM au niveau de la pharmacie et chaque agent caissier fait la saisie au bout d'un mois. Maintenant c'est peut être une semaine après chaque semaine. On collecte les ordonnances

ANAM que nous facturons et nous envoyons ça au niveau de la direction et la direction fait la facturation globale mensuelle. Donc là qu'ils envoient au niveau de l'ANAM. Et le montant est transféré au niveau du compte de la pharmacie. »

Dr Losseny- Responsable de la Pharmacie de l'HGT(entretien réalisé le 06/12/17)

Durant notre présence à GT, nous notons que le retard de remboursement des prestations est permanent mais la raison mentionnée est le retard d'envoi des factures de l'hôpital qui est considéré comme un paradoxe.

2. Divergence entre la PEC de l'ANAM et la PEC par le service social

Nous pouvons noter une différence de PEC de l'ANAM et du service social car la procédure n'est pas la même ; déjà, la PEC par le RAMED nécessite que l'indigent soit muni de son récépissé d'immatriculation qui prouve qu'il devrait bénéficier de la gratuité des soins alors que la PEC par le service social ne se limite qu'aux dires de l'indigent et de la fiche d'enquête qu'il renseigne afin qu'il soit considéré comme tel. Des entretiens menés au niveau du service social de l'hôpital s'appuient sur ces extraits :

« Nous c'est un peu différent parce que nous, nous ne demandons pas de certificat d'indigence aux indigents qui viennent vers nous. Directement tu viens, on sent que tu es démuné, on te prend avec le peu de moyen que nous avons. Or eux, ils demandent à aller chercher des papiers par-ci par-là. Pour nous c'est automatique, directement ! »

« C'est différent parce qu'il faut chercher des paperasses-la ! C'est différent de notre prise en charge. Nous on prend automatiquement. Et puis, l'ANAM ne donne pas de nourriture. Quand tu es à notre charge on te donne la nourriture, les habillements et on fait la réinsertion sociale aussi ! »

Traoré Ramatoulaye- Administrateur des affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/07/17)

Nous notons que la PEC par le service social est plus ou moins étendue vu que les aspects vestimentaires et alimentaires de l'indigent sont également pris en compte. A cet effet des repas chauds sont offerts au besoin ainsi que des effets vestimentaires alloués par des personnes charitables. Ceci reste un point positif de la PEC du service social qui n'est pas pris en compte par la PEC de l'ANAM seulement limitée aux soins et médicaments.

3. Difficultés/Problèmes

D'après nos observations, la mise en œuvre du RAMED est porteuse de fruits à l'HGT notamment dans la PEC des indigents. Cependant, elle est confrontée à un manque de communication qui est une difficulté première mais également à une absence de médicaments dans la pharmacie de l'hôpital qui rend la PEC de l'indigent non efficiente. Ceci oblige les bénéficiaires à recourir à d'autres moyens financiers pour l'accès aux médicaments dans les officines extérieures et privées. De plus, nous notons une lenteur dans les procédures de remboursement des prestations pharmaceutiques par l'ANAM dans cette mise en œuvre du RAMED. Ceci a pour effet une réduction de l'approvisionnement de la pharmacie et une réticence de celle-ci à satisfaire aux besoins en médicaments des patients. Ces extraits

d'entretiens nous permettent de faire une idée sur les difficultés auxquelles les agents de santé, indigent, agent de l'ANAM sont confrontés à GT :

« Nous sommes confrontés à ce problème de communication. »

Chef unité de consultation pédiatrie de l'HGT (entretien réalisé le 09/08/17)

« Le problème seulement ce sont les médicaments parce que tous les médicaments ne sont pas distribués au sein de l'hôpital. »

Niare Niamoye Touré- Administrateur des Affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/07/17)

« Bon en réalité d'après les explications de certains, il est très difficile d'avoir le certificat parce que vu que les services sociaux au Mali n'ont pas assez de moyen pour effectuer leur déplacement, ça c'est un premier problème ! Un deuxième problème l'ANAM aussi est méconnue un peu parce que la communication n'est pas trop ça, ce qui fait que les personnes ne sont pas tellement informées sur le RAMED ! Il y'a cette difficulté-là qu'ils rencontrent. L'autre difficulté c'est l'accès même au maire souvent il y'a le service social qui fait le rapport d'enquête sociale et le maire aussi tarde à délivrer le certificat. Il y'a certains maires même qui refusent donc ce sont ces difficultés que également nos indigents là sont confrontés. »

Moussa CISSOKO- Représentant de l'ANAM à GT (entretien réalisé le 14/08/17)

« Même avec le récépissé, pas bénéficier des soins et pas de médicaments disponibles. »

Aissata KONE- Indigente (Entretien réalisé le 24/08/17)

La mise en œuvre du RAMED laisse place à des difficultés qui pourraient être prises en compte pour améliorer son fonctionnement notamment dans la communication pour sensibiliser davantage la population.

3. Collaboration entre différents acteurs

La collaboration entre différents acteurs est indispensable pour que la mise en œuvre du RAMED au profit des indigents.

a. Relation entre agents de santé et le service social

Les agents de santé et le service social jouent un rôle important dans la mise en œuvre du RAMED à l'HGT notamment un rôle de coordination afin que les activités soient menées pour la PEC des indigents. A cet effet, la relation entre agents de santé et le service social est assez satisfaisante car ces deux services sont indissociables dans le fonctionnement du RAMED. L'appui par ces extraits d'entretiens faits à l'hôpital nous le démontre :

« Nous sommes en étroite collaboration avec les majors. »

Traoré Ramatoulaye- Administrateur des affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/07/17)

« Il faut que le major informe d'abord le professeur, le chef suprême ; c'est lui qui donne son accord. Pour montrer qu'il a donné son accord, il délivre une fiche de prise en charge avec sa signature, le tampon, son nom ! Donc c'est ce qu'il donne au major, le major joint ça à la fiche d'hospitalisation et il nous apporte les deux fiches ici. Maintenant, quand on a fait la prise en charge, on attend. Si c'est un problème de médicaments, tant qu'il apporte son ordonnance, les médicaments qui sont sous notre main, on leur donne. »

Niare Niamoye Touré- Administrateur des Affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/07/17)

b. Relation entre les agents de santé et les agents de l'ANAM

Selon nos observations, il existe une assez bonne collaboration entre les agents de santé et les agents de l'ANAM basés au sein de l'HGT dans la mise en œuvre du RAMED. Ils s'informent

sur les cas d'urgence afin d'anticiper et d'en faciliter la PEC. En cas de complications dans la PEC d'un indigent, l'agent de l'ANAM est tenu de se présenter au service dans lequel il est hospitalisé afin de faciliter sa PEC. L'entretien effectué avec le Dr KONE nous montre qu'effectivement il y a la communication entre les agents de santé et les agents de l'ANAM :

« Y a pratiquement pas de problème! On nous informe de tout ce qui se passe. Et je sais qu'il y a une réunion généralement trimestrielle. »

Chef unité de consultation pédiatrie de l'HGT (entretien réalisé le 09/08/17)

Une étroite collaboration est perceptible entre ces différents agents.

c. Relation entre le service social et les agents de l'ANAM

Dans le cadre de la mise en œuvre du RAMED à l'HGT nous avons indiqué qu'un agent de l'ANAM, en la personne de Mme CAMARA, était déployé au niveau de GT dans le but de vulgariser et de veiller au suivi des procédures de l'ANAM (Direction) en rapport avec le RAMED. Malheureusement, une relation de conflit est née entre certains agents du service social de l'hôpital et cette dame qu'ils croient s'imposer à eux et ce n'était pas apprécié. Cette situation a conduit à un remplacement dudit personnel de l'ANAM à GT et depuis lors nous notons une étroite collaboration entre ces deux entités en ce sens que le service social informe au besoin ceux qui voudraient ou qui remplissent les critères d'indigence sur le RAMED. Il joue également un rôle d'orientation. Cet extrait nous le montre :

« Le fait qu'on envoie des personnes à l'ANAM et que ces personnes reviennent avec leurs numéros, on a un registre qui est là et qu'on utilise pour enregistrer les numéros des intéressés. Nous pouvons dire que nous sommes en étroite collaboration avec les agents de l'ANAM. »

Niare Niamoye Touré- Administrateur des Affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/07/17)

Malgré le premier différend entre le service social et Mme CAMARA, nous pouvons apprécier la relation entre le service social et le personnel actuel de l'ANAM quoique certaines informations à ma connaissance ne soient données au service social.

d. Relation entre les agents de l'ANAM et les agents de la CANAM

Cette relation est assez appréciable car il y a une bonne humeur dans le bureau et les différents agents s'entraident notamment dans le remplissage des registres de l'ANAM mais également des fiches de l'AMO et la continuité du service de l'ANAM par les agents de la CANAM en dehors des heures témoigne de cette étroite collaboration entre ces agents. De plus, un climat paisible règne dans leur bureau et également une grande coordination est au centre des différentes tâches qui sont menées. Ces différents extraits en témoignent :

« Comme on dit c'est une très bonne collaboration. Mais on n'a pas le mandat de la direction de l'ANAM de faire ça. Mais je pense que c'est juste une bonne collaboration que nous avons. Bon, entre nous c'est une très bonne collaboration quand-même. C'est une très bonne collaboration. Euh, je sais que leur direction ne nous a pas donné le mandat d'exercer vraiment les trucs à la place de leur agent, mais bon, vu que le lien qu'on a partagé, vraiment c'est ce lien qui nous pousse à leur porter aussi assistance, parce que nous pensons que ce sont les domaines d'assistance. Il faut les assister parce que ceux qui viennent, vraiment ce sont des indigents, ils n'ont pas assez de moyens. Tu as

également constaté que nous sommes débordés, la preuve en est on t'a également obligé de faire des remplissages des fiches ANAM et AMO. Les agents de l'ANAM nous assistent très, très, très, très fortement ici. »
Sylla Demba- Agent de la CANAM à l'HGT (entretien réalisé le 05/08/17)

4. Attentes par rapport au RAMED

a. Points de vue depuis l'avènement du RAMED

La mise en œuvre du RAMED à GT a un impact assez positif notamment dans la PEC des indigents malgré la procédure qualifiée de longue par certains. L'impact est assez positif et est à encourager car le RAMED a réduit le nombre d'indigents que devrait recevoir le service social qui peinait face à un manque de moyens pour la PEC et favorisé une protection sociale au Mali où on dénombre une grande population indigente. Les entretiens recensés pour démontrer cela sont les suivants :

« Je pense que la mise en œuvre du RAMED à GABRIEL TOURE a été positive. Je pense que ça nous a beaucoup aidés quand-même parce qu'avant, les malades n'avaient pas les moyens d'acheter les médicaments. Avec l'arrivée du RAMED, je pense que ça va beaucoup résoudre les problèmes. »

D M D-Chef Unité Oncologie-pédiatrie de l'HGT (entretien réalisé le 08/08/17)

« On ne peut pas tout avoir. Mais avec le RAMED ça nous a appuyés vraiment ! Il nous a beaucoup appuyés. Et puis ça nous a diminué le nombre d'indigent qui venait vers nous ! »

Traoré Ramatoulaye- Administrateur des affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/07/17)

« Le RAMED est venu renforcer un système de solidarité vraiment à notre niveau pour la prise en charge des indigents. »

Dr Losseny – Responsable Pharmacie de l'HGT (entretien réalisé le 06/12/17)

« Je pense que le RAMED c'est une bonne chose hein car qui parle du RAMED parle de la solidarité ! Donc avec le RAMED, les indigents ont la chance de pouvoir s'en sortir par rapport à certaines pathologies parce qu'il y'a certaines pathologies qui coutent énormément chères. Donc si l'intéressé, c'est-à-dire l'indigent, n'est pas assuré par l'ANAM il aura beaucoup de mal à s'en sortir. Bon je dis que la prise en charge des indigents à GABRIEL TOURE d'aujourd'hui est assez bien parce qu'autrefois on avait certains problèmes de médicaments. Mais maintenant avec la convention que l'ANAM a signé avec certaines pharmacies de la place, donc ce problème-là a un peu diminué quoi du coup certains malades indigents bénéficient tous les soins médicaux ici. »

Moussa CISSOKO- Représentant de l'ANAM à l'HGT (entretien réalisé le 14/08/17)

« Nous avons été bien accompagné pendant notre séjour à l'hôpital et ce, par le service social qui nous a d'ailleurs aidé tout en répondant à nos préoccupations. Le personnel de santé s'est bien occupé de nous et le fait d'avoir le récépissé du RAMED facilitait l'accès rapide dans les pharmacies et les hôpitaux dans lesquels j'ai eu à bénéficier des soins. »

Hafi TOURE –Indigente (entretien réalisé le 02/01/18)

« Bonne initiative à encourager. »

Issa TRAORE- Indigent (entretien réalisé le 24/08/17)

Nous notons que c'est un système qui soulage le service social et constitue un appui pour une PEC pérenne.

b. Propositions d'amélioration/modification

Malgré les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du RAMED à l'HGT, nous pouvons dire que ce système est une aide pour les personnes nécessiteuses. Selon les observations faites

lors de notre passage à GT, nous notons qu'une amélioration de relation entre les agents du service social et de l'ANAM s'avère bénéfique pour une PEC efficace des indigents, que des rencontres hebdomadaires ou mensuelles seraient importantes pour faire le point des activités et de tenir compte des différentes approches afin de sensibiliser davantage et de mieux orienter les indigents vers les différents services dudit centre. A travers les entretiens menés avec différents acteurs dans cette mise en œuvre, des propositions d'amélioration/modification ont été également énumérées afin de rendre le fonctionnement du RAMED plus performant dans la PEC des indigents. Nous avons :

« Si on pouvait nous donner le nom d'une mairie, qu'on peut les envoyer chercher leur certificat d'indigence, ça nous fera beaucoup plaisir. »

D M D-Chef Unité Oncologie-pédiatrie de l'HGT (entretien réalisé le 08/08/17)

« Faut qu'ils fassent des efforts pour au moins les spécialités qu'on ne trouvent pas dans les hôpitaux. Qu'ils fassent des efforts pour acheter ces médicaments-là aux indigents parce qu'ils n'ont rien là ! Faire également en sorte que leur PEC soit directe lorsque l'indigent a déjà fait une enquête sans toutefois attendre la sortie du récépissé. »

Traoré Ramatoulaye- Administrateur des affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/07/17)

« Nous voudrions que la durée de sortie du récépissé soit automatique et que le scanner soit pris à leur frais car à GT il coûte 30 mille or dans les autres hôpitaux ça vaut 60 mille, donc il faudrait une assistance totale pour que ces indigents puissent être davantage soulagés car non seulement ils s'occupent de leur nourriture, il y a également le loyer qui fait parti de leur dépense et ajouter la maladie, c'est le calvaire. »

Niare Niamoye Touré- Administrateur des Affaires sociales de l'HGT (entretien réalisé le 26/07/17)

« S'il y a des choses à améliorer vraiment c'est les conditions d'enregistrement. »

Dr Losseny- Responsable de la Pharmacie de l'HGT(entretien réalisé le 06/12/17)

« Je pense que la formation aussi est bien aussi. Si les soignants sont bien formés par rapport à ce domaine-là je pense que ça peut donner un bon fonctionnement. »

Coulibaly Abdoulaye –Infirmier Chirurgie Générale (entretien réalisé le 27/07/17)

« Pour moi les aspects que l'ANAM peut améliorer sont : l'ANAM doit signer des conventions avec beaucoup de pharmacie de la place parce que il y'a certains indigents qui sont confrontés à des problèmes de médicaments, il y'a certains indigents qui sont confrontés à des problèmes de médicaments. En plus de cela, il faut conventionner certains laboratoires parce que il y'a certaines analyses qui ne se font pas au niveau des structures publiques ; généralement on fait ça au niveau des structures privées donc si l'ANAM signe des conventions avec des laboratoires privés, ça va diminuer un peu la tracasserie et ça va un peu soulager aussi les assurés. Donc à mon avis on doit signer beaucoup de conventions encore avec beaucoup de pharmacies privées, et avec beaucoup de laboratoires privés aussi ça va beaucoup diminuer la souffrance des indigents. »

Moussa CISSOKO- Représentant de l'ANAM à l'HGT (entretien réalisé le 14/08/17)

« L'accueil, distribution des médicaments et l'organisation pourraient être améliorés pour le RAMED »

Aissata KONE- Indigente (entretien réalisé le 24/08/17)

« La réduction du temps de sortir du récépissé pourrait être améliorée »

Hafi TOURE- Indigente (entretien réalisé le 002/01/18)

« L'introduction des médicaments qui sont à l'extérieur à l'intérieur car rupture des médicaments dans les pharmacies de l'hôpital est un point qui pourrait être amélioré dans la mise en œuvre du RAMED. »

Madja BALLO- Indigente (entretien réalisé le 24/08/17)

A partir de ces extraits d'entretiens, nous pouvons considérer un ensemble de propositions d'amélioration/modification qui pourraient être pris en compte pour le bon fonctionnement du RAMED.

II. Interprétation des résultats

Le RAMED est une politique publique de santé qui prévoit l'exemption totale de paiement des soins pour les personnes éligibles, c'est-à-dire non assujetties au régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et ne disposant d'aucune couverture maladie ni de ressources pour prendre en charge leurs propres dépenses de santé. Lors de l'application en 1999 du premier programme quinquennal du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS), alors qu'un seul ministère régissait la santé et le développement social, la gestion du financement, jamais à hauteur des plans d'activités prévisionnels se fait entre directions régionales et dans le conflit.

La répartition des fonds entre santé et développement social dépendait largement des relations personnelles entre les deux directeurs régionaux et variait d'une région à l'autre. En 2000, avec la séparation des deux ministères, le conflit devient ouvert.

La clef de répartition des fonds est maintenant discutée au niveau national. Les ministères, avec leurs partenaires, décident d'allouer 15 % du montant global au développement social, qui compte alors deux principaux axes d'intervention : la lutte contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale (dont essentiellement les mécanismes de protection sociale, mutuelles, assurance médicale obligatoire, fonds d'assistance médicale) et la promotion du développement des communautés avec leur propre participation.

À titre d'illustration, la programmation décennale prévoit de rendre fonctionnelles plus de 1 000 aires de santé alors que, dans la même période, la couverture en mutuelles de santé se limite à 3 % de la population concernée, soit moins de 100 mutuelles.

1. Manque de fonds nécessaires pour la prise en charge

Enfin, l'initiative de Bamako, à l'intérieur de son volet équité, prévoit une exonération des consultations, des hospitalisations et certains examens pour les malades reconnus indigents par les agents sociaux dans les formations sanitaires publiques disposant de services sociaux. Dans les faits, les centres de santé disposent rarement des fonds nécessaires pour la prise en charge effective des personnes démunies. Cette dernière décennie, les initiatives visant une réduction des inégalités se multiplient :

- L'état impose des politiques d'exemption de paiement des soins pour certaines catégories de population (les personnes souffrant du sida, cas de césarienne, ou les enfants et les femmes enceintes souffrant de paludisme) ou une combinaison des deux (traitement du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes). A travers ces politiques, l'Etat contourne ainsi la difficile question de l'identification des plus pauvres.
- La Banque mondiale et le BIT négocient et financent les filets sociaux (programmes de transferts non contributifs ciblant les pauvres ou les individus vulnérables à la pauvreté et aux chocs).
- Les dispositifs d'assurance maladie sont finalement adoptés, votés, et, pour l'assurance maladie obligatoire (AMO), mis en œuvre non sans difficultés. Une relance de la mutualité, qui prévoit un aménagement du dispositif antérieur, est amorcée. Ces différentes mesures, dont

certaines peinent à aboutir, révèlent une réelle dispersion des efforts et des ressources disponibles dans cette lutte contre les inégalités. Le ministère est aujourd'hui confronté à la nécessité de penser leur articulation et d'imposer une mise en cohérence. Un atelier de réflexion de cette articulation s'est tenu en 2017 sous la tutelle du ministère. L'autre défi auquel il doit faire face est le règlement de la question de l'identification et du recensement des bénéficiaires des politiques, à savoir les indigents.

2. Identification et le recensement des indigents axés sur le favoritisme

En particulier, la mise en œuvre du RAMED bute actuellement sur cette question sensible, l'identification et le recensement des indigents axés sur le favoritisme au détriment des potentiels démunis. Il s'agit d'un sujet qui a été très peu exploré par les recherches dans ce domaine. D'où l'intérêt de notre étude qui se donne comme ambition de comprendre le processus de PEC médicale des indigents par le RAMED à GT.

« L'OMS affirme que les objectifs d'un système de santé consistent à répondre aux attentes des populations (concept de réactivité), d'organiser une contribution financière équitable (prenant donc en compte la capacité à payer) afin d'améliorer la santé de la population»³⁸. Autrement dit, la mise en œuvre du RAMED devrait répondre aux attentes des populations non pas uniquement pour dispenser des soins, mais également sensibiliser la population afin de l'informer tout en impliquant les principaux acteurs qui jouent un rôle assez important dans les structures hospitalières. Dans le cas d'espèce le retard de remboursement des prestations sanitaires de l'HGT par l'ANAM affecte le concept de réactivité du RAMED et engendre un impact sur la PEC des indigents dans la distribution des médicaments.

« On retrouve dans le processus de mise en place et de mise en œuvre des exemptions de paiement au Burkina, au Mali et au Niger (cf. infra parties 2 et 3) tous les principaux problèmes qui affectent plus généralement les politiques publiques dans ces pays. On peut en faire le récapitulatif suivant :

Des décisions subites et mal préparées, prises en partie sous pressions ou incitations internationales, mais intégrant des préoccupations politiques (ou politiciennes) internes ;

Des partenaires techniques et financiers non coordonnés, souvent ignorant des réalités locales, parfois absents dans des domaines où leur intervention serait nécessaire, non redevables des conséquences des mesures qu'ils préconisent ;

Une architecture élaborée et mise en place dans la précipitation par les techniciens nationaux centraux souvent surpris par les décisions politiques ;

Une absence de planification réaliste, sans phase pilote évaluée (ou sans prendre en compte les évaluations quand elles existent) ce qui compromet toute anticipation des difficultés ;

Une information tardive et insuffisante auprès des catégories concernées (personnels de santé, comités de santé, autorités locales, usagers) ;

Des personnels chargés d'appliquer la nouvelle politique qui lui sont souvent hostiles et qui sont généralement démotivés ;

³⁸ Ridde 2004, cf une politique publique de santé et ses contradictions, P. 24

Pas de cohérence dans la mise en œuvre, et des mesures improvisées, aux contours imprécis, insuffisantes, au coup par coup, qui s'ajoutent souvent aux dispositions existantes sans que l'articulation soit organisée ;

Une absence de suivi fiable, de rétroaction et de remontée des informations sur les problèmes rencontrés ;

L'absence d'une architecture de recherche pour évaluer et accompagner les politiques publiques, et une absence de prise en compte des données de recherche dans la mise en place des politiques ;

Une tendance à la recentralisation des dispositifs alors que le processus de décentralisation est à peine entamé. »³⁹ (Le système de santé au Mali connaît des réformes successives depuis plus de 20 ans, visant tantôt à une amélioration de la qualité des soins, tantôt une meilleure accessibilité aux prestations. Les indicateurs de santé évoluent certes favorablement mais très lentement pour espérer atteindre les OMD (L'information tardive et insuffisante, l'absence de planification réaliste, l'absence de suivi fiable et la stratégie de communication presque inexistante notées à notre passage à GT ont un impact dans la mise en œuvre du RAMED notamment dans la PEC médicale des indigents.), d'où la mise en place de mesures d'exemption de paiement notamment le RAMED. L'objectif d'une telle politique qui est d'améliorer de manière sensible l'accessibilité aux soins pour les démunis, révèle cependant des profonds dysfonctionnements du système de santé dans lequel il prend place et qui le fragilise, comme d'autres politiques avant lui. Nous pouvons citer à ce propos la politique d'exemption de paiement pour les malades du SIDA et la politique de gratuité de la césarienne qui rencontrent également des dysfonctionnements dans leur mise en œuvre.

Au regard de notre analyse, l'information tardive et insuffisante auprès des catégories concernées (personnels de santé, comités de santé, autorités locales, usagers), l'absence de suivi fiable, de rétroaction et de remontée des informations sur les problèmes rencontrés sont les principaux points à améliorer pour garantir une mise en œuvre efficiente du RAMED à GT.

III. Bilan de l'étude

Dans l'optique de venir en aide aux plus nécessiteux du Mali, l'Etat a mis en place un Régime d'Assistance Médicale (RAMED) ayant pour but de prendre en charge les démunis communément appelés indigents. Il est mis en œuvre sur toute l'étendue du Mali et notre étude s'est focalisée sur sa mise en œuvre en structure hospitalière principalement à l'Hôpital Gabriel Touré.

A l'issue de notre passage à Gabriel Touré du 05 Juillet au 06 Décembre 2017, nous avons effectué des rotations au niveau du service social, le bureau partagé par les agents de l'ANAM et de la CANAM et les différents services où les indigents ont été hospitalisés (Pédiatrie oncologique, maternité). Au cours de cette période, nous avons pu collecter des informations et

³⁹ cf. *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger* P.22 de Jean-Pierre Olivier de Sardan et Valéry Ridde (dir.)

effectuer une série d'observations avec des recommandations en vue d'améliorer le fonctionnement du RAMED à GT.

La stratégie de communication largement adoptée par les agents de l'ANAM basés à GT est du « bouche à oreilles » afin d'informer les potentiels indigents qui pourraient bénéficier du RAMED. Par ailleurs, des prospectus sont affichés à l'entrée de l'hôpital pour informer la population en général sur le RAMED.

En dépit de ces moyens de communication, certains personnels exerçant à GT sont vaguement informés du fonctionnement du RAMED. Ceci est perçu comme une insuffisance en ce sens que ces personnels devraient également servir comme acteurs dans la vulgarisation du RAMED au profit des indigents et autres patients qui se présentent dans leurs services respectifs. Ce déficit de communication amène parfois des agents du service social et certains agents de santé à initier volontairement des souscriptions pour venir en aide aux indigents.

Selon la LOI N°09-030/AN-RM DU 27 JUIL 2009 portant institution du Régime d'Assistance Médicale, adoptée par l'Assemblée Nationale en sa séance du 02 juillet 2009 et promulguée par le Président de la République :

« Il est institué, conformément aux dispositions de la présente loi, un Régime d'Assistance Médicale, en abrégé RAMED, au profit des personnes visées aux articles 5 et 6 ci-dessous pour la prise en charge des frais de soins de santé qui leur sont dispensés dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé, les centres de santé de référence, les centres de santé communautaires, les établissements publics d'analyses médicales et les services de santé relevant de l'Etat ou ayant signé une convention avec le Ministère de la Santé. »

ARTICLE 5 : Dans les conditions fixées par décret pris en Conseil des Ministres les personnes qui bénéficient des prestations du Régime d'Assistance Médicale, sont celles qui ne sont couvertes par tout autres système d'assurance et qui sont reconnues indigentes et leurs ayants droits à charge qui sont autres que :

Le (s) conjoint (s) ;

Les enfants âgés de moins de 14 ans ;

Les enfants âgés de 14 à 21 ans s'ils poursuivent des études ;

Les enfants handicapés, quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité rémunérée.

Selon l'article 5, les conjoints sont parties intégrantes des bénéficiaires du RAMED mais lorsqu'un indigent se présente à l'ANAM, on omet de lui dire que son conjoint ainsi que ses enfants peuvent bénéficier de la gratuité des soins lorsqu'ils souscrivent au RAMED. Ceci constitue également un déficit d'information et de communication dans la mise en œuvre du RAMED.

Deux types d'indigents ont fait l'objet de notre étude : les immatriculés au RAMED avant les soins (ceux qui sont informés du RAMED et obtiennent leur récépissé d'immatriculation auprès de l'ANAM avant leur admission à l'hôpital) et les non immatriculés au RAMED avant l'hôpital (ceux qui ont été informés du RAMED à l'hôpital alors qu'ils s'y sont rendus à leurs propres frais et n'ayant plus de ressources pour faire face aux soins).

Ces deux types d'indigents traduisent le déficit d'information pour la mise en œuvre du RAMED à l'HGT.

La négligence des agents (ANAM et service social) dans la tenue et le remplissage des registres a été également notée comme une insuffisance car ces registres devraient suffisamment renseigner

sur les indigents et servir de bases de données statistiques sur le RAMED. La bonne tenue des registres et leur exploitation pourraient aider à déceler et améliorer les failles du système. Par ailleurs, deux (2) registres d'indigents sont respectivement tenus par le service social et par l'ANAM à l'HGT ; ceci est considéré comme un double emploi, surtout que le registre tenu par le service social n'est pas d'une grande utilité.

Avant la mise en œuvre du RAMED à GT, la PEC des indigents était assurée par le service social dudit hôpital. Ce dispositif présente cependant des insuffisances notamment dans la distribution des médicaments car la pharmacie est inopérante. Pour remédier en partie à cette insuffisance, le service social reçoit des appuis extérieurs ou fait des quêtes au profit des indigents.

Depuis l'avènement du RAMED à GT, nous notons une amélioration dans la gestion des indigents. Leur PEC est effective dès qu'ils présentent leur récépissé d'immatriculation au guichet de l'ANAM qui se situe à l'entrée de l'hôpital. Les agents de l'ANAM qui s'y trouvent jouent un rôle d'orientation et répondent aux besoins des indigents.

Notre étude avait pour objectif général de comprendre le processus de PEC médicale des indigents par le RAMED à GT. Au-delà de cette mission, notre étude a permis de noter les failles ou les points à améliorer dans la mise en œuvre du RAMED. Selon les indigents interrogés, le point phare à améliorer serait le système de communication car nombreux sont ceux qui ne sont informés du RAMED à leur admission à l'Hôpital sauf en cas d'incapacité de règlements de leurs factures. Par ailleurs, la difficulté d'accéder au certificat d'indigence délivré par la mairie est un frein pour l'immatriculation des indigents au sein de l'ANAM. Cette difficulté est expliquée par plusieurs raisons, notamment le manque ou parfois l'absence de moyen de déplacement évoqué par l'agent social devant se rendre au domicile des requérants pour une enquête sociale (selon un indigent), et l'absence d'un parrainage à la mairie pour faciliter l'obtention du certificat d'indigence. Ces différents éléments nous permettent de nous confronter à la réalité des indigents dans leur quête de bénéficier du RAMED.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont formulées :

A. A l'ANAM :

- ❖ Sensibiliser davantage la population ;
- ❖ Solidifier la connaissance et la confiance de la population envers les services de santé et l'ANAM (politique de communication continue).
- ❖ Rembourser la structure sanitaire de manière juste et régulière selon des conditions qui font consensus avec l'ANAM.
- ❖ Décentraliser l'ANAM afin de faciliter les formalités d'immatriculation sur l'ensemble du territoire malien ;
- ❖ Instituer une cellule ANAM à l'HGT qui favoriserait sur place l'immatriculation en vue d'une PEC efficiente des indigents;
- ❖ Encourager une forte implication d'acteurs opérationnels (mairies, structures sanitaires, services sociaux, représentants de la population, ...) dans la réflexion sur la nouvelle approche à mettre en place ;
- ❖ Revoir dans la mesure du possible la constitution du panier de soins du RAMED en vue d'y inclure certains examens qui ne pourraient être pris en charge par les indigents ;
- ❖ Revoir le temps de traitement des dossiers des requérants en vue d'une célérité dans la délivrance des récépissés car des délais d'attente plus longs aggravent l'état de santé des malades avant leur admission à l'hôpital.

B. A l'endroit de la direction de l'hôpital :

- ❖ Maintenir la qualité des soins en rapport avec l'accueil et les attentes de la population ;
- ❖ Renforcer le service social au niveau de l'HGT ;
- ❖ Prendre des dispositions pour l'assiduité et la discipline des agents (revoir les règles intérieurs) ;
- ❖ Améliorer la motivation et instaurer d'autres mesures incitatives ;

C. Aux chefs de service :

- ❖ Insister , veiller au respect strict et rigoureux sur les bonnes procédures d'accueil ;
- ❖ Prévenir ou gérer les conflits interpersonnels
- ❖ Organiser toujours la formation de recyclage des jeunes agents par le personnel le plus âgé qui est distingué à l'accueil.

D. Aux personnels :

- ❖ Dispenser des soins de qualité aux malades dans le respect de ses droits ;
- ❖ Etre disponibles et engagés dans l'exécution de votre travail ;
- ❖ Avoir de l'empathie pour les usagers.

E. A la population :

- ❖ Respecter les règles de l'hôpital.

Plan de diffusion des recommandations

Après l'élaboration des recommandations faites au sortir de notre étude, nous avons opté pour un plan de diffusion afin qu'elles soient prises en compte pour apporter une amélioration de la PEC des indigents par le RAMED. A cet effet, la diffusion sera caractérisée par le dépôt d'un exemplaire de mon document à la Direction de l'hôpital Gabriel TOURE ; à l'ANAM et également au niveau de l'organisation MISELI (Mali) où j'ai effectué mon stage. De plus, en dehors de cette diffusion, nous pouvons également opter pour réunion avec les principaux acteurs afin de discuter sur les difficultés auxquelles les indigents sont réellement butés et de tenir compte de leurs attentes afin d'améliorer le système (RAMED) mis en place.

CONCLUSION

Dans la régulation des systèmes de santé des Pays en Développement des années 1970 au milieu des années 1990, et en particulier en Afrique Subsaharienne, on distingue deux grandes périodes. La période marquée par la Déclaration d'Alma Ata (1979) et celle basée sur l'Initiative de Bamako.

Les politiques de santé fondées sur la Déclaration d'Alma Ata mettaient en avant des impératifs d'équité, et de financement monopoliste des services de santé par les gouvernements ; ces politiques de santé n'ont pas été en mesure de réduire les disparités d'accès aux soins, ni de permettre un financement pérenne des systèmes de santé. Quant à elles, les politiques basées sur l'Initiative de Bamako (1987) tentent de remédier aux dysfonctionnements des systèmes de santé sous un angle plutôt financier ; la déréglementation et l'appel au financement des ménages eux-mêmes, dans le cadre de politiques dites de « recouvrement des coûts » visaient en fait à assurer l'autofinancement d'au moins une partie du système.

Le bilan de l'Initiative de Bamako est aujourd'hui critiqué tant du point de vue des objectifs financiers qui n'ont pas été tenus, qu'en termes d'équité qui a été négligée alors qu'il s'agit d'un objectif essentiel en matière de santé. A cet effet, le RAMED a été introduit pour assurer le renforcement les failles du système de santé malien notamment dans la PEC des indigents. Une mise en œuvre est élaborée dans toute l'étendue du Mali mais notre étude s'est focalisée sur cette mise en œuvre dans les structures hospitalières, principalement à l'Hôpital Gabriel Touré où un accent a été mis sur la compréhension du processus de PEC médicale des indigents par le RAMED. Cette recherche a été très enrichissante car elle nous a permis d'avoir une approche de ce qui se fait dans la réalité et déceler les difficultés rencontrées dans ce programme. Nous citons entre autre, l'information tardive du RAMED au profit des indigents, le manque de collaboration entre le personnel de l'ANAM et du personnel de l'hôpital (service social, personnels de santé) et le retard de remboursement dans les prestations de soins.

Pour minimiser ces insuffisances dans la mise en œuvre du RAMED, des recommandations ont été faites. Nous pouvons citer entre autres la sensibilisation de la population, la consolidation de la connaissance et la confiance de la population envers les services de santé et l'ANAM (politique de communication continue), etc. Ces recommandations s'avèrent utiles pour l'amélioration de la prise en charge des indigents par le RAMED qui, comme pour la plupart des systèmes mis en place, présente des failles.

La situation de l'hôpital Gabriel TOURE a témoigné des dysfonctionnements à plusieurs niveaux plus particulièrement au niveau de la sensibilisation des personnes indigentes qui se présentent dans leur structure. Ce facteur influence sur l'efficacité de la prise en charge qui est en vigueur.

Somme toute, les résultats de cette étude pourraient constituer une base et une passerelle vers d'autres réflexions sur l'ensemble des étapes du processus de prise en charge des indigents dans les structures hospitalières.

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1: Position Géographique du Mali.....	4
Figure 2: Pyramide du Système Sanitaire.....	6
Figure 3: Hiérarchie des Services Techniques HGT.....	11
Figure 4: Hiérarchie Administration Générale HGT	12
Tableau 1 : Niveau d'évolution des activités d'hospitalisation par rapport à 2015.....	10
Tableau 2: Niveau de réalisation des activités de consultation.....	14
Tableau 3: Taux d'hospitalisation.....	15
Tableau 4: Situation du personnel par département et spécialité à la date du 31 décembre 2016	16
Tableau 5: Evolution de la Durée moyenne de séjour (DMS) par service	18
Tableau 6: Récapitulatif de la situation de l'immatriculation des bénéficiaires du RAMED du 31/07/2015	36
Tableau 7 : Des profils des enquêtes.....	48

BIBLIOGRAPHIE

- ❖ (PNDS), Plan National de Développement Sanitaire. 2009- 2018.
- ❖ «« Collectif, L'accès aux soins des indigents en Afrique subsaharienne,» Revue Tiers-Monde, n°164, Octobre- Décembre 2002: 903-925.
- ❖ 3, Ministère de la Santé - Rapport. «Les comptes nationaux de la santé. Etudes de la Banque Mondiale, Etude actuarielle relative au Projet de Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Faibles.» Royaume Maroc, 2002.
- ❖ ANAM. «Compte rendu de la rencontre ANAM - CHU Gabriel Touré.» Bamako, Jeudi 22 Août 2013.
- ❖ BALIQUE, H. Quels systèmes de santé ? L'hôpital public en Afrique francophone. Médecine Tropicale, 2004.
- ❖ Edouard Couty, . Le rôle de l'hôpital aujourd'hui, dans hôpital public, le retour à l'hôtel dieu, op. cit.). s.d.
- ❖ FOUCAULT, M. Histoire de la folie à l'âge classique, chapitre I « Stultiferas Navis ». Tel Gallimard, 1972.
- ❖ HGT. «Conseil d'Administration.» Bamako, 2014 - 2016.
- ❖ mondiale, Habibatou Gologo/Banque. «« Urbanisation rapide en Afrique : l'exemple du Mali ».» Mai 2017.
- ❖ OCDE. « Pauvreté et santé, Lignes Directrices et ouvrages de référence du CAD. 2003.
- ❖ Olivier-de-Sardan, Jean-Pierre, et Valéry Ridde. Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. Paris: KARTHALA, 2011. PP.22-24
- ❖ Ridde, Valéry. «Les communautés améliorent la PEC des indigents.» Note d'information recherche-action, Octobre 2010.
- ❖ Sanoussi, KONATE. Cinquante ans d'actions de développement de la santé au Mali. Presses universitaires du Sahel, s.d. PP77-78
- ❖ SECK, Abdoul Karim GUEYE - Pape Salif. «étude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal.» Rapport final, Novembre 2009.
- ❖ Stern, Erich. Les conflits de la vie, causes de la maladie. Paris: Payot, 1955.
- ❖ UNICEF, OMS -. «La déclaration d'Alma-Ata.» 12 Septembre 1978.

TEXTES OFFICIELS

- ❖ Loi du 21 Décembre 1941 sur la réorganisation du système hospitalier et des hospices civiles (Gouvernement du Mali)
- ❖ Loi N°09-030 /AN-RM du 27 juillet 2009 sur l'adoption du RAMED au Mali (Gouvernement du Mali)

RAPPORTS

- ❖ Conseil d'Administration de L'HGT de la période 2014- 2016

OUVRAGES

- ❖ Ridde, Valéry, 2005, politiques publiques de Santé et Equité en Afrique de l'ouest le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso. – trouver une solution sur l'autofinancement des services de santé
- ❖ Mintzberg H. (1995). Structure et dynamique des organisations. Paris-Montréal. Editions d'organisations.
- ❖ H. BALIQUE. Quels systèmes de santé ? L'HÔPITAL PUBLIC EN AFRIQUE FRANCOPHONE. Médecine Tropicale 2004 *64* 549
- ❖ H. Balique. 2004, p. 546.

MEMOIRES

- ❖ Mamadou Moustapha WADE Contribution à l'amélioration de la prise en charge administrative des indigents au service d'accueil des urgences de l'hôpital principal de Dakar par la mise en place d'un fonds d'équité.
- ❖ Bréhima Keita Contribution à l'amélioration de l'accueil des patients et accompagnateurs dans les établissements hospitaliers : Cas du CHU Gabriel TOURE au Mali. Mémoire de Gestion Hospitalière CESAG (2013-2014)

LIENS

- ❖ www.ouestaf.com visitée le 19/09/17
- ❖ https://www.memoireonline.com/04/06/152/m_etude-determinants-socio-economiques-utilisation-services-sante4.html écrit par Pacifique Mushagalusa Salongo Université de Kinshasa - Maitrise en Santé Publique / Economie de la Santé 2005
- ❖ <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/mali/presentation-du-mali/> visité le 19/09/17 à 09h
- ❖ <https://www.climatsetvoyages.com/climat/mali>

- ❖ <https://provalisresearch.com/fr/produits/logiciel-d-analyse-qualitative/> visité le 22/06/18
- ❖ https://fr.wikisource.org/wiki/Constitution_du_Mali_du_26_mars_2012
- ❖ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Mali> visité le 19/06/17
- ❖ https://fr.wikipedia.org/wiki/Géographie_du_Mali visité le 19/06/17
- ❖ <http://www.banquemondiale.org/fr/news/feature/2013/03/14/the-malian-economy-holds-steady-in-the-face-of-crisis> visité le 27/06/18 à 05h23
- ❖ <http://fichiers.fhf.fr/documents/1.-Systeme-de-sante-au-Mali.pdf>

LISTE DES ANNEXES

- ❖ Annexe 1 : Rapport d'enquête sociale (Service Social de l'HGT)
- ❖ Annexe 2 : Guides d'entretien (ANAM, CANAM, Service social, Agents de santé, Indigents)
- ❖ Annexe 3 : Rapport d'enquête sociale (ANAM)
- ❖ Annexe 4 : Récépissé d'immatriculation

Annexe 1 : Rapport d'enquête sociale (Service Social de l'HGT)

MINISTRE DE LA SANTE

HOPITAL GABRIEL TOURE

SERVICE :

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

RAPPORT D'ENQUETE SOCIALE

Effectué par : Nom et Prénoms.....

Qualité :

Service de l'hôpital Gabriel TOURE

Objet de l'enquête :

Secours :

Adoption :

Appareillage :

Autres (à préciser) :

Enquête demandée par :

- Pour la prise en charge médicale de.....

- Tributaire d'un certificat d'indigence oui ou non.....

- Hospitalisé (e) au service de..... (Externe).....

- Autres (à préciser).....

Prénoms et nom du patient :

Date et lieu de naissance du patient :

Fils/Fille de.....

et de.....

Profession actuelle et service.....

Employeur.....

Adresse complète à.....

Diagnostic médical.....

Diagnostic social.....

COMPOSITION DE LA FAMILLE

Chef de famille :

Age.....

Profession.....

Service employeur.....

SITUATION MATRIMONIALE DU PATIENT (E)

Marié (e)..... Célibataire..... Divorcé(e)..... Veuf (ve)..... Séparé (e).....

Adresse complète.....

Nombre d'enfants :

Rang dans la fratrie.....

Epouse ou époux de.....

The image shows a blank ledger page with a header row and several vertical columns. The header row contains the following labels: "Dates", "Destination", "Quantité", "Somme", "NB", "P.P.", and "Observations". The page is otherwise empty of text or data.

Dates	Destination	Quantité	Somme	NB	P.P.	Observations
-------	-------------	----------	-------	----	------	--------------

Annexe 2 : Guides d'entretien (ANAM, CANAM, Service social, Agents de santé, Indigents)

GUIDE INDIGENTS : IMMATRICULES AU RAMED AVANT LES SOINS

I. Identification de l'interviewé :

1. Nom, prénom
2. Age
3. Composition de votre ménage : conjoint, enfants (nombre et âge)
4. Êtes-vous propriétaire ou locataire de cette maison ? loger gratuitement ?
5. Avez-vous des mois d'arriérés de paiement de loyer ? si oui combien ? comment parvenez-vous à payer le loyer ?
6. Quelles sont vos sources de revenus ? celles d'autres personnes du ménage ?
7. Quels sont vos biens ? avez-vous ? moto, TV...
8. Combien de repas avez-vous dans la journée ? vous préparez combien de fois par jour ?
9. Quelles sont vos activités économiques et celles des membres de votre ménage ?
10. Bénéficiez-vous de l'aide de certaines personnes ?

Si oui de qui et pourquoi ?

11. Avez-vous rencontré des problèmes de santé importants (fréquents ou grave) dans votre vie ou ménage ?

II. Mise en relation avec le RAMED :

1. Comment avez-vous été informés du RAMED ?
2. Par qui avez-vous été mis en contact au niveau de l'ANAM ?
3. Qu'est-ce que vous connaissez du RAMED ?

III. PEC : Accueil, prise en charge, coût, qualité des soins, satisfaction

1. Combien de temps avez-vous attendu pour avoir accès aux soins ? Est-ce que l'accès à la carte du RAMED a ralenti la prise en charge médicale ? Si oui, Quelles ont été les conséquences de votre santé ?
2. Avez-vous rencontré d'autres difficultés lors de votre prise en charge ? Si oui, lesquelles ?
3. Combien avez-vous payé (vous ou vos parents/ jigi) pour cette maladie à HGT ?
4. Comment avez-vous été accompagné pendant votre séjour à l'hôpital ? Par qui ? Est-ce

que le service social ou le personnel de l'ANAM vous ont aidé ? si oui, en quoi ?

5. Comment le personnel de santé s'est occupé de vous ? Est-ce que le fait d'avoir une carte du RAMED facilite ou au contraire rend difficile l'accès aux soins ? Expliquer.
6. Selon vous, en tant que bénéficiaire du RAMED, quels sont les points à améliorer ?

**FAIRE UN TABLEAU (UNE ECHELLE DE SATISFACTION DES PRESTATIONS)
Êtes-vous satisfait de la prestation des soins reçus ?**

Pas du tout satisfait plus ou moins satisfait très satisfait

GUIDE INDIGENTS : NON IMMATRICULES AU RAMED AVANT L'ARRIVÉE À L'HGT

I. Identification de l'interviewé :

1. Nom, prénom
2. Age
3. Composition de votre ménage : conjoint, enfants (nombre et âge)
4. Êtes-vous propriétaire ou locataire de cette maison ? loger gratuitement ?
5. Avez-vous des mois d'arriérés de paiement de loyer ? si oui combien ? comment parvenez-vous à payer le loyer ?
6. Quelles sont vos sources de revenus ? celles d'autres personnes du ménage ?
7. Quels sont vos biens ? avez-vous ? moto, TV
8. Combien de repas avez-vous dans la journée ? vous préparez combien de fois par jour ?
9. Quelles sont vos activités économiques et celles des membres de votre ménage ?
10. Bénéficiez-vous de l'aide de certaines personnes ? Si oui de qui et pourquoi ?
11. Avez-vous rencontré des problèmes de santé importants (fréquents ou grave) dans votre vie ou ménage ?

II. Mise en relation du RAMED :

1. Que savez-vous du RAMED ?
2. Comment avez-vous été informé du RAMED ? Pourquoi avez-vous été mis en relation avec le RAMED après votre arrivée à HGT ?
3. comment s'est passée votre immatriculation au RAMED ? Quelles démarches avez-vous eu à faire ? Avez-vous un certificat d'indigence ? Avez-vous fait l'objet d'une enquête sociale ?

III. PEC : Accueil, prise en charge, coût, qualité des soins, satisfaction

1. Comment avez-vous été accueilli à HGT ?
2. Avez-vous payé un ticket à l'entrée ? Si oui, pour quel service ?
3. Quel a été votre circuit à votre entrée à l'hôpital ?
4. Combien de temps avez-vous attendu pour avoir accès aux soins ? Est-ce que l'accès à la carte du RAMED a ralenti la prise en charge médicale ? Quelles ont été les conséquences de votre santé ?
5. Avez-vous rencontré d'autres difficultés lors de votre prise en charge ? Si oui, lesquelles ?
6. Combien avez-vous payé (vous ou vos parents/ jigi) pour cette maladie à HGT ?
7. Comment avez-vous été accompagné pendant votre séjour à l'hôpital ? Par qui ? Est-ce que le service social ou le personnel de l'ANAM vous ont aidé ? En quoi ?
8. Comment le personnel de santé s'est occupé de vous ? Est-ce que le fait d'avoir une carte du RAMED facilite ou au contraire rend difficile l'accès aux soins ? Expliquer.
9. Selon vous, en tant que bénéficiaire du RAMED, quels sont les points à améliorer ?

FAIRE UN TABLEAU (UNE ECHELLE DE SATISFACTION DES PRESTATIONS)

Êtes-vous satisfait de la prestation des soins reçus ?

Pas du tout satisfait plus ou moins satisfait très satisfait

GUIDE AGENT SERVICE SOCIAL

I. Identification de l'interviewé :

- a. Nom, prénom
- b. Age
- c. Diplôme et profil professionnel
- d. Poste occupé et depuis combien de temps à HGT ?
- e. Rôle/activités

II. Accueil/orientation

- a. Par qui les indigents sont orientés vers votre service?
- b. Prenez-vous en charge tous les indigents qui sont orientés vers votre service ?
- c. Si non, que faites-vous ?
- d. Si oui, avec quoi ? Quelles ont les personnes que vous prenez en charge et que vous

n'envoyez pas à l'ANAM ?

- e. En quoi l'arrivée du RAMED a changé vos activités et conditions de travail et d'appui aux plus pauvres ? Comment collaborez-vous avec l'ANAM ?
- f. La prise en charge de l'indigent depuis l'avènement du RAMED à GT est-elle différente ?
- g. Si oui, en quoi est-elle différente ?
- h. Que pensez-vous du RAMED ?
- i. Est-ce que le RAMED a apporté un changement dans votre travail ?
- j. Si oui lequel ?
- k. Avez-vous des attentes particulières par rapport au RAMED ?

Si oui, lesquelles ?

Si non, quel est selon vous ce qui pourrait être amélioré ?

III. Identification/ enregistrement :

- a. Comment identifiez-vous un indigent susceptible de bénéficier de la gratuité des soins ?
Quels sont les critères d'identification que vous utilisez ?
- b. Les remplissent-ils toujours ?

Si oui, que faites-vous ?

Si non, que faites-vous ?

- c. Quelles sont les pièces demandées pour leur enregistrement ?

IV- Accompagnement:

- a. Faites-vous un accompagnement de PEC des indigents ?

Si oui, comment se passe-t-il ?

Si non, pour quelles raisons ?

GUIDE AGENTS ANAM :

I. Identification de l'interviewé :

- a. Nom, prénom
- b. Age
- c. Niveau d'études
- d. Poste occupé (depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?)
- e. Rôle /Activités

II. Mise en œuvre du RAMED à GT :

a. Êtes-vous ici depuis le démarrage du RAMED à GT ?

Si oui, comment s'est fait le démarrage de la mise en œuvre du RAMED à GT et quelle est son évolution ?

b. Que pensez-vous du RAMED ?

c. Quelles sont vos tâches à GT ?

d. Comment collaborez-vous avec le service social et les agents de la CANAM ?

e. Comment êtes-vous organisé au sein de GT ?

f. Que faites-vous afin que les malades qui viennent à l'hôpital soient informés du RAMED ?

g. Pour chaque cas, qu'est-ce que chaque est censé faire ? (registres à remplir, info, démarches immatriculations)

III. Procédures d'identification :

a. Comment identifiez-vous un indigent susceptible de bénéficier de la gratuité des soins ?
Quels sont les critères d'identification que vous utilisez ?

b. Quelles sont les difficultés rencontrées lors de l'identification des indigents ?

IV. Procédures d'immatriculation :

a. Quelles sont les pièces fournies pour une immatriculation ?

b. Que faites-vous si les indigents n'ont pas toutes les pièces ?

c. Comment se fait l'immatriculation des indigents à GT ?

d. Avez-vous été confrontés à des immatriculations difficiles ?

e. Si oui, c'était à quelle occasion ? Et quelles étaient les raisons ?

f. Prise en charge :

g. Expliquez-nous le processus de la prise en charge à GT ?

h. Avez-vous rencontré des difficultés particulières dans la PEC d'un indigent ?

i. Si oui, lesquelles ?

j. Que pensez-vous de la PEC des indigents à GT ? Sont-ils bien pris en charge par le

personnel de santé ? Intervenez-vous pour faciliter leur PEC médicale ? Pour certaines démarches ?

k. Est-ce que les indigents sont le plus souvent seuls ou accompagnés par leur famille ?

V. Procédure de remboursement :

a. Comment s'effectuent les remboursements à GT ? Après combien de temps les remboursements se font ?

b. Avez-vous déjà accusé des retards de remboursement ?

Si oui, pour quelles raisons ?

Quels sont selon vous, les aspects qui pourraient être améliorés dans la mise en œuvre du RAMED ?

GUIDE AGENTS CANAM :

I. Identification de l'interviewé :

a. Nom, prénom

b. Age

c. Niveau d'études

d. Poste occupé

e. Rôle/Activités

II. Mise en œuvre du RAMED à GT:

a. Comment êtes-vous mobilisés pour le RAMED en raison du partage de même bureau avec les agents de l'ANAM ?

b. Comment collaborez-vous avec eux ?

c. Est-ce que les agents de l'ANAM vous apportent un appui ?

GUIDE AGENTS DE SANTE :

I. Identification de l'interviewé :

- a. Nom, prénom
- b. Age
- c. Poste occupé
- d. Rôle/activités

II. Niveau d'information sur le RAMED :

- a. Que savez-vous du RAMED ?
- b. La plupart des indigents qui sont pris en charge sont-ils identifiés au moment de la prise en charge ou au contraire avant d'arriver à HGT ? (Ou sont-ils considérés comme indigents avant de venir ou après s'être identifiés?)

III. Comment se fait la prise en charge d'un indigent dans le cadre du RAMED :

- a. Comment collaborez-vous avec le service social et les agents de l'ANAM ? qui fait quoi ?
- b. Est-ce que vous avez déjà eu l'occasion de soigner un indigent ? raconter 2 ou 3 cas concrets (La plupart des indigents qui sont pris en charge, ont-ils été identifiés ? ou sont-ils considérés comme indigents avant de venir ou après s'être identifiés ?)
- c. Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans la mise en œuvre du RAMED ?

Expliquez pourquoi?

IV. Opinions :

- a. Que pensez-vous de la mise en œuvre du RAMED à GT ?
- b. Quel est selon vous, les propositions d'amélioration ou de modifications que vous feriez pour faciliter cette mise en œuvre à l'hôpital ?

Pourquoi ?

**DIRECTION NATIONALE DU
DEVELOPPEMENT SOCIAL**

*_*_*_*_*_*_*_*



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

*_*_*_*_*_*_*_*



CONFIDENTIEL

FICHE D'ENQUETE SOCIALE N°..... /20...

Identification de l'enquêteur :

Nom et prénom :

Qualité :

Service :

Téléphone :

Email :

Objet de l'enquête :

Secours:

Adoption :

Placement :

Appareillage :

Certificat d'indigence :

Autre(à préciser) :

Enquête demandée par :

Concernant M. /Mme :

Date et lieu de naissance :

Sexe :

Filiation :

Situation matrimoniale :

Profession actuelle :

Adresse complète :

N°NINA :

Téléphone :

COMPOSITION DE LA FAMILLE :

Situation des Epouses :

PREMIERE EPOUSE :

NOM ET PRENOM.....

Date et lieu de Naissance.....

Filiation :

Profession.....

Nombre d'Enfants.....

Situation des Enfants.....

DEUXIEME EPOUSE :

NOM ET PRENOM.....

Date et lieu de Naissance.....

Filiation :

Profession.....

Nombre d'Enfants.....

Situation des enfants.....

TROISIEME EPOUSE :

NOM ET PRENOM.....

Date et lieu de Naissance.....

Filiation :

Profession.....

Nombre d'Enfants.....

Situation des Enfants.....

AUTRES PERSONNES à la charge de l'enquêté (préciser leur nombre, le lien de parenté qui les unit à l'enquêté, la profession qu'ils exercent)

Noms et prénoms	Date et lieu de naissance	Lien de parenté	Profession

RESSOURCES ET CONDITIONS DE VIE DE L'ENQUETE (E)

-salaire : (préciser les montants).....
 -pension.....
 -allocations familiales -préciser les montants.....
 Autres sources de revenu (à préciser le montant) :.....

LES CHARGES DE L'ENQUETE (Préciser le montant et la période)

Loyer :.....
 Impôt :.....
 Dettes :.....
 Aliments :.....
 Santé :.....
 Autres charges (préciser la nature et le montant) :.....

HABITAT : description des pièces et des conditions d'hygiène

.....

EXPOSER DETAILLE DES FAITS :

a) antécédents personnels.....

b) antécédents familiaux :

.....
.....
.....
c) antécédents sociaux :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

d) SITUATION ACTUELLE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

e) DIAGNOSTIC

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Observation de l'Enquêteur

.....
.....
.....
.....

Fait à Le...../...../20...

SIGNATURE DE L'ENQUETEUR

VISA DU CHEF DE SERVICE SOCIAL

NB

- 1) Les éléments de l'enquête sont confidentiels et ne peuvent en aucun cas être publiés ni communiqués à une tierce personne étrangère au service social ou à l'organisme demandeur de l'enquête ;
- 2) Toute manipulation du rapport doit être motivée par le souci de résoudre le problème posé au client, les éléments relatifs à la filiation, aux ressources et aux charges doivent être préservés ;
- 3) Toute information volontairement fautive visant à obtenir de façon frauduleuse un secours peut exposer à des poursuites judiciaires. /.

Annexe 4 : Récépissé d'immatriculation

<p>MINISTERE DE LA SOLIDARITE DE L'ACTION HUMANITAIRE AGENCE NATIONALE D'ASSISTANCE MEDICALE - ANAM</p>	<p>REPUBLIQUE DU MALI ----- UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI</p>
---	--



RECEPISSE D'IMMATRICULATION

N°Réf:	4650-29062018
--------	---------------

Bamako le, 29/06/2018
TRAORE ADAMA CHOZAGA
SIKASSO KOUTIALA
75171848

Monsieur TRAORE
Nous vous informons que vous êtes inscrit sous le numéro :
1955350100066 au Régime d'Assistance Médicale (RAMED).

Vous voudrez bien présenter ce récépissé lors de tous vos contacts avec les prestataires de soins conventionnés et de toutes vos correspondances avec l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM). Le présent récépissé est valable de **JUIN 2018** à **JUIN 2021** sur toute l'étendue du territoire national et doit être présenté pour toute sollicitation de prestation de soins à la charge du Régime d'Assistance Médicale. En cas de doute, le prestataire de soins est en droit d'exiger la présentation d'un titre d'identité. Veuillez agréer, M. TRAORE ADAMA CHOZAGA, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Chef de Département Social et Immatriculation
Mamadou BA

