

Impact et défis de la mise en oeuvre de l'assurance maladie (AMO et Ramed) pour les patients atteints de diabète au Mali

Présenté par

Egnon Sylviana Espoir EKE

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité **Santé publique internationale** ▾

Directeur de mémoire : Stéphane BESANÇON

le **2 oct. 2025**

Devant le jury composé de :

Pr Ibrahima Seck Président

Professeur titulaire

Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD)

Pr Léon SAVADOGO Examineur

Professeur titulaire

Université Senghor

Dr Stéphane BESANÇON Examineur

Professeur associé

CNAM Paris

Remerciements

«Le chemin est long mais chaque pas compte»

Au terme de ce travail, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes celles et ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à sa réalisation.

À l'Université Senghor pour l'opportunité de formation offerte et la bourse d'études. Nous espérons être à la hauteur des espoirs portés sur nous.

Au directeur du Département Santé, le Pr Léon Blaise SAVADOGO pour son accompagnement, ses précieux conseils, l'inspiration qu'il est pour nous et pour son accompagnement dans ce travail.

À l'ONG Santé Diabète et tout son personnel, pour leur accueil et l'accompagnement tout au long du stage.

À Mr Stéphane BESANÇON, Directeur général de l'ONG Santé Diabète pour nous l'opportunité de stage et pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour votre implication personnelle dans la collecte de données et la rédaction de ce document.

À Dr Thierry FONGANG SIGNE pour sa disponibilité et son accompagnement tout au long de mon stage.

À Dr Ténin SAMAKE et toute sa famille pour l'hospitalité, leur soutien et leur accompagnement durant tout le séjour au Mali. Que Dieu Tout-Puissant vous comble de bénédictions.

À Dr Gaméliel AKPO pour son amitié et son soutien sans faille.

À Samantha Dorie PHILISTIN et Inès KERE, des rencontres bénies grâce à l'Université Senghor.

À mes compatriotes béninois de la 19ème promotion de l'Université Senghor. Heureuse d'avoir effectué ce parcours à vos côtés. Un merci particulier à Efrayim Komlan KPODO.

À tous mes condisciples du département Santé.

À tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la rédaction de ce document.

Dédicace

À mon époux, ta patience, ton soutien et ta présence constante ont été mon ancre dans ce parcours. Que ce travail soit le reflet de ce que nous construisons ensemble : persévérance, foi et espoir.

À mes chers parents, vos prières me portent et me rassurent dans le parcours ;

À mes frères et sœurs, vous êtes pour moi une motivation sûre.

Résumé

Introduction : Le diabète représente un défi de santé publique mais aussi un poids économique important en raison de sa chronicité et des complications associées. Dans un pays à revenu faible comme le Mali, l'assurance maladie apparaît importante pour garantir l'accès aux soins de qualité, surtout pour les maladies chroniques. Cette étude visait à décrire l'impact et les défis de la mise en œuvre de l'assurance maladie (AMO et Ramed) pour les patients atteints de diabète au Mali.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude d'observation à visée descriptive avec une approche méthodologique mixte combinant des méthodes quantitatives et qualitatives. Des entretiens individuels approfondis ont été menés auprès de patients atteints de diabète, de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge et des responsables de la Canam et de l'Anam. Les données secondaires des remboursements des médicaments antidiabétiques ont été collectées auprès des structures d'assurance maladie et analysées par Excel.

Résultats : De 2022 au début 2025, les médicaments antidiabétiques représentaient une charge globale de 4 831 513 825,6 F CFA pour l'AMO. La charge globale que représentaient les antidiabétiques pour le Ramed était de 1 548 074 F CFA. Les antidiabétiques oraux constituaient la grosse part de ces dépenses suivi de l'insuline et des dispositifs médicaux indispensables pour son utilisation. L'AMO est globalement perçue comme un dispositif fonctionnel et bien intégré qui favorise l'accès aux soins et aux traitements des personnes atteintes de diabète. Toutefois plusieurs défis persistent notamment la fraude, des défis financiers et structurels qui limitent l'accessibilité aux soins et l'impact de l'AMO. Le Ramed, en revanche, présentaient de nombreux dysfonctionnements dont résultait une accessibilité très limitée aux soins et surtout aux médicaments et entraînant un taux de renoncement aux soins élevé.

Conclusion : Nos résultats montrent l'impact important de l'assurance maladie, notamment l'AMO dans l'accès aux soins et l'observance au traitement des patients atteints de diabète au Mali mais soulignent également les défis persistants. Une réforme du Ramed est nécessaire pour atteindre les objectifs de sa création et permettre une accessibilité aux soins pour les indigents en général et les patients atteints de diabète en particulier.

Mots-clefs

Assurance maladie, AMO, Ramed, diabète, Mali

Abstract

Introduction: Diabetes represents a public health challenge but also a significant economic burden due to its chronic nature and associated complications. In a low-income country such as Mali, health insurance appears important in ensuring access to quality care, especially for chronic diseases. This study aimed to describe the impact and challenges of implementing health insurance (AMO and Ramed) for patients with diabetes in Mali.

Methodology: This was a descriptive study using a mixed-method approach combining quantitative and qualitative methods. In-depth individual interviews were conducted with patients with diabetes, healthcare professionals involved in their care, and officials from Canam and Anam. Secondary data on reimbursements for antidiabetic drugs were collected from health insurance organizations and analyzed using Excel.

Results: From 2022 to early 2025, antidiabetic drugs represented a total cost of 4,831,513,825.6 CFA francs for the AMO. The total cost of antidiabetic drugs for the Ramed was 1,548,074 CFA francs. Oral antidiabetic drugs accounted for the largest share of these expenditures, followed by insulin and the medical devices essential for its use. The AMO is generally perceived as a functional and well-integrated system that promotes access to care and treatment for people with diabetes. However, several challenges remain, including fraud and financial and structural challenges that limit access to care and the impact of AMO. Ramed, on the other hand, had many shortcomings that resulted in very limited access to care, especially to medications, leading to a high rate of treatment forfeiture.

Conclusion: Our results show the significant impact of health insurance, particularly AMO, on access to care and treatment adherence among patients with diabetes in Mali, but also highlight the persistent challenges. A reform of Ramed is necessary to achieve the objectives for which it was created and to enable access to care for the poor in general and patients with diabetes in particular.

Key-words

Health insurance, AMO, Ramed, diabetes, Mali

Liste des sigles et acronymes

ADO	Antidiabétiques oraux
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
Anam	Agence Nationale d'Assistance Médicale
Canam	Caisse nationale d'assurance maladie
CNOPS	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
CNSS	Caisse nationale de Sécurité Sociale
CSREF	Centre de santé de référence
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
FMOS	Faculté de médecine et d'odonto-stomatologie
MMI	Military Medical Insurance
MNT	Maladies non transmissibles
NHIF	National Health Insurance Fund
NHIS	National Health Insurance Scheme
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
RAMA	Rwandaise d'assurance maladie
Ramed	Régime d'assistance médicale
RSSB	Rwanda Social Security Board
SSNIT	Social Security and National Insurance Trust
TVA	Taxe sur Valeur Ajoutée

Table des matières

Remerciements.....	2
Dédicace.....	3
Résumé.....	3
Abstract.....	4
Liste des sigles et acronymes.....	5
Table des matières.....	7
1. Introduction.....	10
1.1. Contexte et justification.....	11
1.2. Question de recherche.....	12
1.3. Objectifs.....	12
1.3.1. Objectif principal.....	12
1.3.2. Objectifs spécifiques.....	13
1.4. Hypothèses.....	13
2. Revue de la littérature.....	13
2.1. Cadre conceptuel: Assurance maladie et maladies chroniques.....	13
2.1.1. Définitions clés.....	13
2.1.2. Spécificités des maladies chroniques Vs maladies aiguës en termes de coûts et de prise en charge.....	14
2.2. Modèles d'assurance maladie en Afrique.....	15
2.3. L'assurance maladie au Mali : Cadre institutionnel et enjeux.....	16
2.3.1. Cadre institutionnel.....	16
2.3.2. Défis et limites de la mise en oeuvre de l'assurance maladie au Mali.....	17
2.4. Cadre conceptuel.....	18
3. Méthodologie.....	18
3.1. Cadre de l'étude.....	18
3.2. Type et période d'étude.....	19
3.3. Population d'étude.....	19
3.4. Echantillonnage.....	19
3.5 Méthodes de collecte des données.....	20
3.6. Variables de l'étude.....	21
3.7. Méthode d'analyse des données.....	21
3.8. Considérations éthiques.....	22
4. Résultats.....	22
1ère partie : Partie Qualitative.....	22
I – Entretiens avec les patients affiliés à l'AMO et au Ramed atteints de diabète.....	22
1. Caractéristiques sociodémographiques et profil sanitaire.....	22
1.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	22

1.2. Profil sanitaire.....	23
2. Expériences avec l'assurance Maladie obligatoire et accès aux soins.....	24
II – Entretiens avec les professionnels de santé.....	30
2.1. Connaissance et perception de l'AMO et du Ramed.....	30
2.2. Difficultés rencontrées par les patients.....	31
III - Entretien avec les organismes de gestion de l'AMO et du Ramed.....	33
3.1. Point de vue institutionnel : perception des responsables de la Canam.....	33
3.1.1. Perception des avancées.....	33
3.1.2. Défis de mise en oeuvre.....	34
3.1.3. Perspectives de l'AMO.....	34
3.2. Point de vue institutionnel : perception des responsables de l'ANAM.....	35
3.2.1. Perception des avancées.....	35
3.2.2. Défis du Ramed.....	36
3.2.3. Perspectives du Ramed.....	36
2ème partie : Partie quantitative.....	36
I - L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).....	36
1.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	36
1.2. Volume et coût des remboursements effectués.....	37
1.3. Délai de liquidation.....	39
1.4. Evolution du nombre de patients et durée de suivi du traitement.....	40
1.5. Taux d'abandon précoce.....	41
1.6. Prescriptions médicamenteuses.....	42
1.7. Dépense moyenne par patient.....	42
II - Le Régime d'assistance médicale (Ramed).....	43
2.1. Répartition selon le sexe.....	43
2.2. Volume et coût des remboursements effectués.....	44
2.3. Délai de liquidation.....	44
2.4. Evolution du nombre de patients et suivi du traitement.....	45
2.5. Fréquence des consultations.....	46
2.6. Taux d'abandon précoce.....	47
2.7. Prescriptions remboursées.....	47
2.8. Dépense moyenne annuelle par patient.....	48
5. Discussion.....	48
6. Recommandations et conclusion.....	53
7. Références bibliographiques.....	54
8. Liste des illustrations.....	59
9. Liste des tableaux.....	60
10. Annexes.....	60
10.1. Questionnaires d'enquête.....	60

10.2. Fiche d'information pour les participants.....	67
10.3. Autorisation du comité d'éthique.....	69

1. Introduction

Les maladies non transmissibles (MNT), notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, constituent un fardeau croissant en Afrique subsaharienne (1). Parmi ces pathologies, le diabète occupe une place préoccupante en raison de sa prévalence croissante et de ses complications associées. En effet, le diabète est une maladie métabolique chronique caractérisée par une glycémie élevée due à une incapacité de l'organisme à produire ou à utiliser suffisamment l'insuline, celle-ci étant responsable de la régulation de la glycémie. On distingue le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète gestationnel qui survient durant la grossesse. Le diabète de type 1 ou diabète insulino-dépendant est une maladie auto-immune due à la production insuffisante ou inexistante d'insuline par le pancréas tandis que le diabète de type 2, plus fréquent, survient lorsque l'organisme devient résistant à l'insuline ou n'en produit pas suffisamment. Il découle souvent du mode de vie. Concernant le diabète gestationnel, il se manifeste par une hyperglycémie apparaissant pendant la grossesse sans atteindre les valeurs posant le diagnostic de diabète. Outre sa progression, le diabète est responsable de multiples complications rénales, cardiovasculaires, ophtalmiques ou encore neurologiques comme la cécité, d'insuffisance rénale, d'accidents cardiaques et d'amputation des membres inférieurs. Ces complications surviennent souvent en l'absence de dépistage précoce et/ou de suivi régulier (2,3).

En 2021, environ 537 millions d'adultes (20-79 ans) vivaient avec le diabète dans le monde. En 2024, ce nombre s'élevait déjà à 589 millions et pourrait passer à 853 millions d'ici 2050. Il faut noter que plus de 4 adultes sur 5 atteints de diabète vivent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire selon la Fédération Internationale du Diabète (FID) (4). En 2024, environ 24,6 millions de personnes vivaient avec le diabète en Afrique et selon les estimations, ce nombre pourrait atteindre 59,5 millions en 2050 (5). Les transitions démographiques, socioculturelles et économiques que connaissent les pays africains entraînent une augmentation significative des facteurs de risque du diabète, tels que les modifications des modes de vie, l'urbanisation accélérée et la modification des régimes alimentaires (6).

Le diabète représente non seulement un défi de santé publique, mais aussi un poids économique considérable en raison des coûts élevés de prise en charge des patients et des complications associées, telles que les maladies cardiovasculaires, le pied diabétique et l'insuffisance rénale chronique (7).

Dans ce contexte, l'accès aux soins de santé de qualité, élément central de la prestation de services, un des six piliers du système de santé selon l'OMS, devient un enjeu crucial.

1.1. Contexte et justification

Le Mali comme de nombreux pays d'Afrique subsaharienne n'échappe pas à la transition épidémiologique et plus particulièrement l'augmentation du diabète. Le diabète constitue un enjeu majeur de santé publique au Mali, avec une prévalence ajustée à l'âge (20-79 ans) estimée à 4,8% avec potentiellement 357,4 mille personnes atteintes de diabète en 2024. Selon les estimations de la Fédération Internationale du Diabète, cette prévalence pourrait atteindre 6% avec 987,1 mille personnes atteintes en 2050 (8). 78,7% des cas sont encore non diagnostiqués et 3,4% des décès des personnes âgées de 20 - 79 ans sont dus au diabète (8). Les facteurs de risque associés à l'augmentation des cas de diabète au Mali sont l'hypertension, le développement de l'urbanisation et de la sédentarité avec une alimentation riche en graisses et en sucre ainsi que l'obésité. L'accès limité aux soins limitant les dépistages particulièrement en zones rurales et le faible taux d'alphabétisation contribuent à cette situation. L'âge de plus de 45 ans, les antécédents familiaux de diabète et le sexe féminin sont également associés (9,10).

L'accès aux soins pour les personnes atteintes de diabète est confronté à plusieurs défis financiers et structurels. En effet, comme dans beaucoup de pays à revenu faible et intermédiaire, les systèmes de santé sont fragiles. Des insuffisances sont souvent observées au niveau des six piliers caractéristiques des systèmes de santé selon l'OMS. Il s'agit notamment de la prestation de services, le personnel de santé, l'information, les produits médicaux, vaccins et technologies, le financement et le leadership et la gouvernance. En 2004, tous les 6 éléments du système de santé présentaient d'énormes insuffisances. En matière de prestation, on observait l'absence de protocoles de traitement, une mauvaise coordination des soins, une faible utilisation de la pyramide sanitaire, ainsi que de longs délais d'attente et un manque d'éducation des patients. En dehors de Bamako, l'accès aux soins était très limité, avec la présence exclusive des spécialistes dans la capitale et une pénurie criante de personnel qualifié. À l'époque, seuls deux spécialistes en diabète exerçaient dans tout le pays. Par ailleurs, aucun système standardisé de collecte de données n'existait et les statistiques sur le diabète étaient quasi inexistantes. L'accès aux médicaments et au matériel de diagnostic était limité et coûteux, l'insuline coûtant environ 11 dollars par flacon. Cette situation s'est considérablement améliorée notamment grâce à l'ONG Santé Diabète, qui depuis deux décennies agit au côté du ministère de la Santé malien à travers des actions de plaidoyers, le renforcement des capacités des professionnels de santé, la mise en place de structures de prévention et de dépistage ainsi que la mise à disposition des médicaments essentiels contre le diabète (11–13). Malgré ces avancées, les facteurs économiques à savoir la pauvreté et le coût élevé des soins constituent un facteur limitant l'accès aux soins du diabète au Mali. En effet, les coûts médicaux annuels du diabète de type 2 sans complications pouvaient aller jusqu'à 298 euros dans le secteur public et de 325 à 756 euros dans le secteur privé (14). Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour rendre

les soins du diabète plus accessibles et abordables pour l'ensemble de la population malienne.

Face à cet état de choses, le financement de la santé constitue un enjeu important. En effet, le financement de la santé est étroitement lié à la prestation de services, au personnel de santé et aux produits médicaux, vaccins et technologies. Conscient de ces enjeux, le Mali a mis en place plusieurs initiatives d'assurance santé, notamment l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale (Ramed) lancées en 2009, afin de réduire les barrières financières et d'améliorer l'accès aux soins pour les populations vulnérables instituées par les lois N° 09-015 du 26 juin 2009 et 09-030 du 27 juillet 2009 pour l'AMO et le RAMED respectivement. Ainsi, la création de l'Assurance maladie obligatoire et du Ramed est une initiative salubre au Mali, premier pas vers l'atteinte de la cible 3.8 des Objectifs de Développement Durable (ODD) des Nations Unies visant à assurer une couverture sanitaire universelle (CSU), garantissant une protection contre les risques financiers et un accès aux services de santé essentiels de qualité, y compris aux médicaments et vaccins abordables et sûrs devient essentielle (15).

Si le Mali s'est doté de mécanismes ambitieux pour garantir l'accès aux soins, leur mise en œuvre et leur efficacité réelle pour les patients reste à interroger, tant sur le plan financier qu'organisationnel. Ceci est d'autant plus important que le pays s'attelle à migrer vers un régime d'assurance maladie universelle. Bien que quelques études aient été réalisées sur la satisfaction des usagers de l'AMO dans les centres hospitaliers de Bamako et très peu d'études sur la mise en œuvre du Ramed, nous n'avons trouvé aucune étude sur les données de l'AMO et du Ramed, permettant d'évaluer l'impact économique de ces régimes d'assurance maladie pour la population, ni l'impact de ces régimes sur la prise en charge des maladies chroniques. C'est ainsi que nous nous sommes proposés d'étudier l'impact et les défis de la mise en œuvre de l'AMO et du Ramed pour la prise en charge d'une maladie chronique, notamment le diabète. Elle pourra permettre d'apprécier l'accès aux soins pour les patients atteints de diabète au Mali, ainsi que la mise en œuvre et l'impact de l'assurance maladie pour ces patients devant se soigner sur le long terme.

1.2. Question de recherche

Quel est l'impact de la mise en œuvre de l'assurance maladie (Assurance Maladie Obligatoire et Régime d'assistance médicale) pour les patients atteints de diabète au Mali et quels sont les défis de sa mise en œuvre ?

1.3. Objectifs

1.3.1. Objectif principal

Étudier l'impact et les défis de la mise en œuvre de l'assurance maladie (AMO et Ramed) pour les patients atteints de diabète au Mali.

1.3.2. Objectifs spécifiques

- Décrire, à partir des bases de données de l'Anam et la Canam, le volume de remboursement pour le diabète réalisé par l'Assurance Maladie (AMO et Ramed)
- Évaluer l'accessibilité des services de santé pour les patients atteints de diabète qui bénéficient de l'assurance maladie (AMO et Ramed)
- Décrire les perceptions et la satisfaction des patients atteints de diabète bénéficiaires de l'assurance maladie
- Décrire les obstacles structurels, financiers et sociaux à une mise en œuvre efficace de cette assurance maladie pour les patients atteints de diabète
- Identifier les meilleures pistes d'intégration des soins pour les patients atteints de diabète dans la stratégie nationale de CSU.

1.4. Hypothèses

La mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire améliore significativement l'accès aux soins et la prise en charge des patients diabétiques au Mali.

L'assurance maladie obligatoire allège considérablement le fardeau économique des patients atteints de diabète au Mali.

L'assurance maladie obligatoire permet un meilleur accès aux soins et une meilleure prise en charge du diabète que le Ramed.

2. Revue de la littérature

2.1. Cadre conceptuel : Assurance maladie et maladies chroniques

2.1.1. Définitions clés

Couverture santé universelle (CSU) : Selon l'OMS, "la couverture sanitaire universelle (CSU) se définit comme la garantie, pour chaque individu, d'accéder aux services de santé dont il a besoin, au moment et à l'endroit requis, sans que cela entraîne de difficultés financières. Elle couvre l'ensemble des prestations essentielles tout au long de la vie, incluant la promotion de la santé, la prévention, le traitement, la réadaptation ainsi que les soins palliatifs" (16). Elle constitue la cible 3.8 des ODD à l'horizon 2030 adoptés en 2015 par les Etats membres de l'ONU.

Assurance maladie : L'assurance maladie est un dispositif de protection sociale qui garantit aux assurés une prise en charge partielle ou totale de leurs dépenses de santé (soins médicaux, hospitalisations, médicaments, ...). Elle repose sur un financement collectif, généralement par des cotisations et peut-être gérée par l'Etat (régime public) ou des organismes privés sous régulation publique (17,18).

Équité en santé : l'équité consiste en l'absence de différences évitables, injustes ou remédiables au sein de différents groupes de population. Ainsi l'équité en santé implique que chacun ait une chance égale de réaliser son plein potentiel en matière de santé (19).

2.1.2. Spécificités des maladies chroniques Vs maladies aiguës en termes de coûts et de prise en charge

Les maladies chroniques comme le diabète se différencient des maladies aiguës par leur caractère évolutif, leur durée prolongée et la complexité de leur gestion. Elles impactent donc différemment les patients atteints en termes de coûts et de prise en charge. En effet, le diabète nécessite une prise en charge à long terme avec un suivi régulier, des consultations à long terme, les examens de contrôle, les médicaments quotidiens et la surveillance des complications. Tout ceci en fait un processus continu et coûteux aussi bien pour les patients que pour les systèmes de santé. Les dépenses liées à l'achat permanent de médicaments (insuline ou antidiabétiques oraux), aux consultations répétées, aux examens biologiques de suivi ainsi qu'à la prise en charge des complications (neuropathie, rétinopathie, néphropathie, pied diabétique, etc.) (20). Les personnes atteintes de diabète aux Etats-Unis engageaient en 2022 des dépenses annuelles de 19 736 dollars dont 12 022 dollars attribuables au diabète. Ces dépenses sont en moyenne 2,6 fois plus élevées que celles auxquelles on pourrait s'attendre sans diabète (21). En Afrique également, le coût du diabète représente un fardeau économique important. Les coûts annuels totaux étaient estimés entre 3,3 et 4,5 milliards de dollars. Il faut noter que les coûts indirects (perte de productivité, complications, ...) sont généralement plus élevés que les coûts directs, pouvant aller jusqu'à 60 % des dépenses totales (22–24). A contrario, les maladies aiguës, bien que parfois graves, demandent plutôt une prise en charge ponctuelle et curative avec une guérison souvent définitive. Ainsi les coûts peuvent être importants, mais ponctuels et reviennent généralement moins coûteux que les coûts directs et indirects des soins des maladies chroniques.

Ainsi, les maladies chroniques, telles que le diabète, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires, constituent un fardeau majeur pour les systèmes de santé, en particulier dans les pays en développement comme le Mali.

Une couverture sanitaire adéquate est essentielle pour améliorer un suivi médical régulier, un accès aux médicaments et des soins spécialisés sur le long terme. En effet, plusieurs études ont montré qu'avoir une assurance maladie permet un meilleur accès aux soins et une meilleure gestion du diabète. Les personnes assurées accédaient plus facilement aux consultations grâce à la réduction du fardeau financier sur les personnes et les ménages, et avaient un diagnostic accéléré, de même qu'un meilleur suivi biologique et un meilleur accès aux médicaments comme l'insuline. Ceci favorise un meilleur contrôle glycémique tout en diminuant les risques de complications (25,26). Ceci permet la réduction des inégalités

d'accès aux soins, notamment pour les populations vulnérables comme les personnes à faibles revenus et les travailleurs du secteur informel.

Cependant, malgré les initiatives, des défis persistent quant à l'accessibilité, l'équité et l'efficacité des dispositifs d'assurance maladie, particulièrement pour les personnes atteintes de maladies chroniques comme le diabète. De nombreuses études montrent que les mécanismes de financement de la CSU en Afrique restent insuffisants et mal adaptés aux besoins des patients, limitant ainsi leur accès aux traitements et au suivi médical adéquat (27,28).

2.2. Modèles d'assurance maladie en Afrique

La santé, état de complet bien-être physique, mental et social est reconnue par les pays du monde comme à la fois une condition préalable, un résultat et un indicateur de développement durable. Dès lors, la couverture sanitaire universelle est devenue une des cibles que les pays se sont fixées lors de l'adoption des ODD en 2015 (16). Dans l'objectif de tendre vers la couverture sanitaire universelle, plusieurs pays africains ont mis sur pied des systèmes d'assurance pour favoriser l'accès et financer les soins de leurs populations. Diverses formes d'assurance maladie, principalement communautaires, ont été mises en place dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne comme le Kenya, le Ghana, le Nigéria, la Tanzanie, l'Ouganda(29).

Ainsi, le Ghana a mis en place en 2003, le National Health Insurance Scheme (NHIS) qui est le régime national d'assurance maladie destiné à offrir un accès financier à des soins de santé de qualité aux résidents du Ghana. Ceci fait de lui le pionnier en Afrique subsaharienne. Le NHIS est financé par un Fond National d'assurance maladie (NHIL) qui se constitue grâce à une taxe nationale d'assurance maladie prélevée sur les biens et services collectés dans le cadre de la Taxe sur valeur ajoutée (TVA) ainsi que sur les cotisations à la sécurité nationale et l'assurance nationale (SSNIT), le rendement des investissements du Fond national d'assurance maladie (NHIF), la prime payée par les employés du secteur informel, et une allocation gouvernementale. Deux grands groupes sont affiliés au NHIS : le groupe informel et le groupe des exonérés. Seul le groupe informel paie les cotisations, les employés du secteur formel cotisant au Social Security and National Insurance Trust (SSNIT) étant exonérés du paiement des primes. Le groupe des exonérés est constitué des salariés et travailleurs indépendants, des enfants de moins de 18 ans, les femmes enceintes, les personnes âgées de plus de 70 ans et les personnes classées comme indigentes par le ministre des Affaires sociales. Le NHIS couvre les maladies courantes, et les soins médicaux d'urgence, mais exclut les maladies comme le cancer (30–33).

Le Rwanda a mis en place un système d'assurance santé innovant reconnu pour son efficacité et son accessibilité. Ce système repose sur trois régimes d'assurance maladie : les mutuelles de santé ou Community-Based Health Insurance (CBHI), le régime d'assurance pour les

fonctionnaires ou Rwanda Social security Board (RSSB) pour les employés du secteur public et leurs familles et les régimes d'assurances privées (Rwandaise d'assurance maladie RAMA et le Military Medical Insurance MMI) pour les employés du secteur privé et les militaires. Le CBHI regroupant le secteur informel constitue le pilier de la couverture santé au Rwanda. Il regroupe en effet plus de 90 % de la population. Les cotisations sont basées sur le revenu et les indigents sont exonérés et pris en charge par l'Etat. Il couvre les soins de santé primaires et hospitaliers dans les établissements publics et privés agréés (34–36).

Au Maroc, il existe deux types d'assurance Maladie: l'assurance maladie obligatoire (AMO) créée en 2005, qui couvre les salariés des secteurs public (CNOPS) et privé (CNSS) et le Régime d'assistance médicale (RAMED) créé en 2012 qui cible les employés du secteur informel et les personnes démunies pour leur offrir des soins médicaux gratuits. L'AMO couvre 70 % des coûts pour le secteur privé et 80 % des coûts pour les fonctionnaires. Elle couvre les soins de maternité, la radiologie, les soins ambulatoires, les soins dentaires, les maladies de longue durée, les hospitalisations, les soins ophtalmologiques, le remboursement des médicaments et les soins bucco-dentaires. Le RAMED permet de réduire les inégalités d'accès aux soins. En 2018, plus de 60 % de la population marocaine bénéficiait d'une couverture de santé (37,38).

2.3. L'assurance maladie au Mali : Cadre institutionnel et enjeux

2.3.1. *Cadre institutionnel*

Depuis l'initiative de Bamako en 1987 visant à améliorer l'accès aux soins de santé, le Mali a connu de multiples initiatives visant à réformer son système de santé (39). Deux catégories d'initiatives sont mises en place notamment la gratuité des soins pour certaines maladies ou conditions comme le VIH, la vaccination, la césarienne, mais aussi l'établissement d'un régime de protection sociale contre la maladie (40). La déclaration de politique nationale de sécurité sociale a été adoptée par le Conseil des ministres en 2002 et mise en œuvre à partir de 2005. Elle aboutit à l'instauration de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) (41).

Ainsi, par la loi N° 09-015 du 26 juin 2009, le Mali a instauré l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) qui concerne les fonctionnaires civils et militaires de l'Etat et des collectivités territoriales, les travailleurs au sens du code du travail et les titulaires de pensions militaires et parlementaires et leurs familles (42). Cette assurance, devenue opérationnelle en 2011, couvre à 70 % les soins en ambulatoire et 80 % en hospitalisation. 95 % des produits vendus en officine sont sur la liste AMO ainsi que 97 % des actes médicaux (42). Les médicaments sont pris en charge à 70% à condition d'être délivrés par une pharmacie conventionnée avec la Canam (43). Les assurés et leurs employeurs paient une cotisation proportionnelle au salaire. Ainsi, le taux de cotisation pour les personnels en activité est de 3,06 % ; pour l'Etat ou la collectivité territoriale de 4,48 % ; pour les employeurs du secteur privé 3,50 % ; pour

les pensionnés 0,75 % et pour les assurés volontaires 6,56 %. Cependant, les bénéficiaires de l'AMO ne représentent que 17 % de la population malienne. Ce régime est géré par la Caisse nationale d'assurance maladie (Canam) dont le budget en 2017 représentait 53 milliards de francs CFA. La Canam a pour missions entre autres, de l'encaissement des cotisations du régime AMO, de l'immatriculation des employeurs et assurés et de la mise à jour des droits des bénéficiaires, de la passation des conventions avec les formations de soins et le suivi de leur déroulement ainsi que de l'établissement des statistiques de l'Assurance Maladie Obligatoire (44).

De même, la loi N° 09-030 du 27 juillet 2009 instaurait la mise en place d'un système non contributif dénommé Ramed (Régime d'assistance médicale) destiné à fournir les soins gratuitement aux plus pauvres (indigents), notamment toute personne privée de ressources et reconnue comme telle par la collectivité locale d'où elle relève (43). Seuls 5 % de la population bénéficie de cette assistance. Ce régime, devenu opérationnel en 2011 également, est géré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM). L'Anam est chargée de l'encaissement des ressources du Ramed, de la prise en charge des prestations couvertes par le Régime d'assistance médicale, de l'immatriculation des personnes éligibles au régime et des bénéficiaires de droit, la passation des conventions avec les formations de soins et le suivi de leur exécution ainsi que du contrôle de la validité des prestations soumises à la prise en charge du régime d'assistance médicale (45).

Les 78 % restants de la population (les acteurs du secteur informel et du secteur agricole) peuvent faire recours aux mutuelles de santé qui sont des initiatives communautaires qui existent depuis une trentaine d'années. Malgré un nombre assez élevé de mutuelles, elles sont peu attractives et ne couvriraient que 4 % de la population cible (46).

2.3.2. Défis et limites de la mise en œuvre de l'assurance maladie au Mali

La mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire et du programme d'assistance médicale au Mali se heurte à plusieurs défis importants qui entravent leur efficacité. Au Mali, les ressources humaines en santé sont globalement insuffisantes, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, et ce, à tous les niveaux du système. Cette insuffisance varie selon les établissements, les régions, et parfois même entre les districts sanitaires d'une même région. Par ailleurs, la pénurie de personnel de santé qualifié et motivé est largement reconnue comme l'une des principales contraintes entravant le bon fonctionnement du système de santé malien (41,47). Ces déficiences du système de santé affectent l'accès aux services et entraînent une mise en œuvre difficile des régimes d'assurance santé, particulièrement le Ramed, qui d'après les études existantes, fait face à de nombreux défis tels que "des acteurs peu informés, démotivés et rivaux, avec un dispositif flou, inachevé et peu adapté à la situation des plus pauvres" (48). L'AMO quant à elle semble offrir une meilleure satisfaction aux bénéficiaires (49,50).

Bien qu'il existe quelques études sur la satisfaction des patients bénéficiaires de l'AMO et la mise en œuvre du Ramed (50,51), il existe peu d'études ciblant l'impact de ces régimes d'assurance sur la prise en charge des maladies chroniques telles que le diabète. Cette étude permet donc d'apprécier l'impact et les défis de l'assurance maladie dans la prise en charge d'une maladie chronique, notamment le diabète.

2.4. Cadre conceptuel

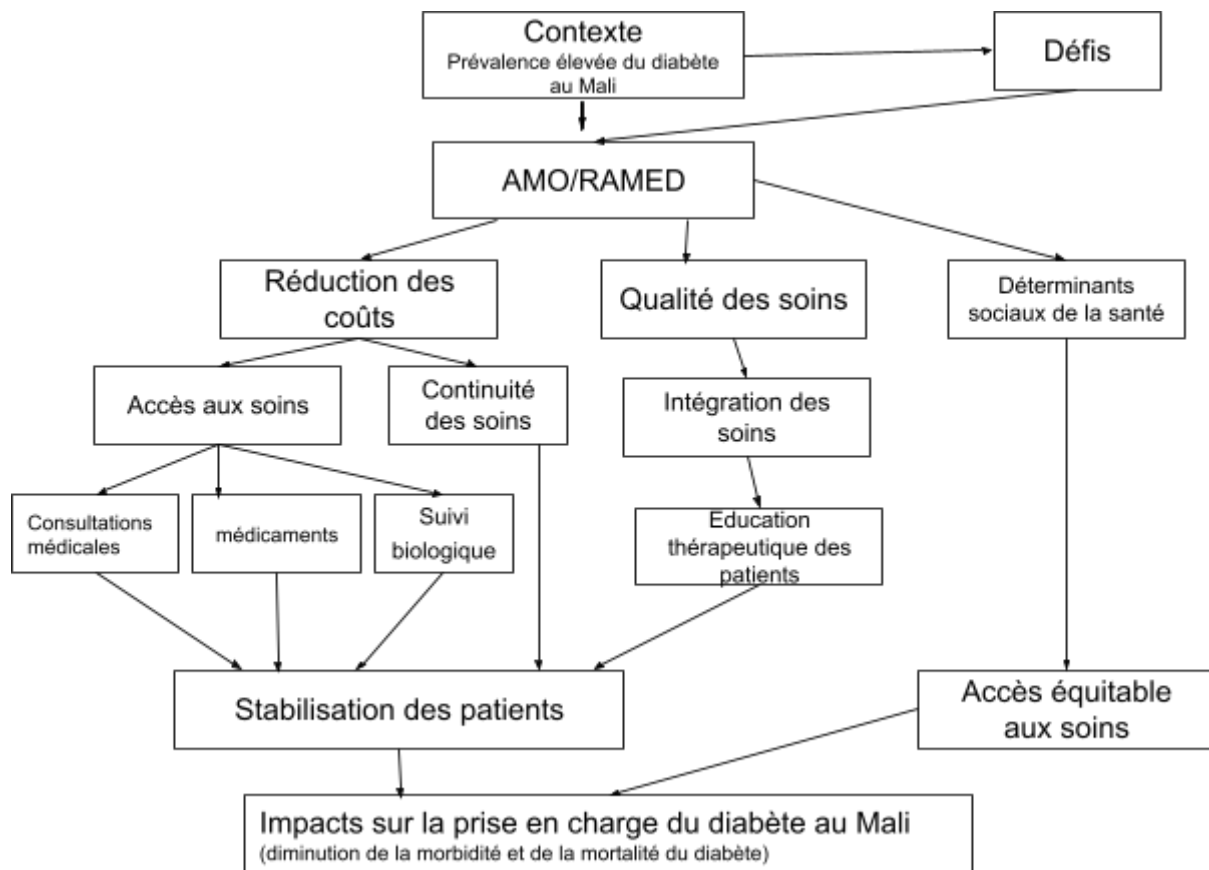


Figure 1 : Cadre conceptuel de l'impact et des défis de la mise en œuvre de l'assurance maladie (AMO et RAMED) pour les patients atteints de diabète au Mali

3. Méthodologie

3.1. Cadre de l'étude

Notre étude a été réalisée dans le District de Bamako au Mali, également capitale et plus grande ville du pays. Le District de Bamako est divisé en six communes. Chaque commune dispose d'un centre de santé de référence (CSREF). Le District de Bamako regroupe également les trois établissements publics hospitaliers à vocation générale constituant le dernier niveau de référence à savoir l'hôpital du Point G, l'hôpital du Mali et l'hôpital Gabriel Touré. Notre étude s'est déroulée pour une partie, dans les structures sanitaires de trois

communes notamment les CSREF des communes I et V, et à l'hôpital du Mali dans la commune VI de Bamako. Une deuxième partie a été réalisée au sein de l'ANAM et de la Canam.

3.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude d'observation à visée descriptive avec une approche méthodologique mixte combinant des méthodes qualitatives et quantitatives. Elle a couvert la période de 2019 à 2025 pour les données quantitatives et la collecte des données qualitatives s'est réalisée de mai à juillet 2025.

3.3. Population d'étude

La population d'étude pour la partie quantitative était constituée des personnes atteintes de diabète affiliées à l'AMO et au Ramed de 2019 à 2025. La population d'étude, pour la partie qualitative, était constituée des personnes atteintes de diabète suivies dans le service d'endocrinologie des CSREFs des communes I et V, et de l'hôpital du Mali, des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du diabète dans ces structures et des responsables de la Canam et de l'ANAM.

Critères d'inclusion

Patients :

- Être atteints de diabète de type 1 ou 2 depuis au moins un an ou d'un diabète gestationnel pour les patients et vivre à Bamako depuis au moins 6 mois
- Être âgé(e) d'au moins 18 ans
- Être affilié à l'AMO ou au Ramed depuis au moins un an
- Avoir donné son consentement libre et éclairé.

Parties prenantes :

- Être un professionnel de santé (médecin, infirmier) prenant en charge au quotidien des patients atteints de diabète depuis au moins un an, ou
- Être un responsable de la Canam ou de l'Anam
- Avoir donné son consentement libre et éclairé.

3.4. Echantillonnage

Cette étude adoptait une approche mixte combinant une analyse quantitative des données de remboursement des ordonnances des patients atteints de diabète et une analyse qualitative des perceptions et des expériences des patients et des parties prenantes des soins des assurés.

La partie quantitative reposait sur l'exploitation secondaire des données des dossiers de remboursement des ordonnances des patients atteints de diabète assurés à l'AMO et au RAMED. L'échantillonnage était exhaustif et incluait l'ensemble des dossiers disponibles sur la période 2019 à 2025.

L'échantillonnage pour la partie qualitative était non probabiliste. Les patients et les professionnels de santé ont été sélectionnés de manière raisonnée sur la base des critères d'inclusion définis. Les responsables des structures d'assurance maladie ont également été choisis de manière raisonnée à partir de l'organigramme des deux structures.

3.5 Méthodes de collecte des données

La collecte des données s'est déroulée de Mai à Juillet 2025.

Pour la **partie quantitative**, les données ont été extraites à partir des bases de données de la Canam et de l'Anam pour l'AMO et le Ramed respectivement. Nous avons utilisé la liste des médicaments antidiabétiques (spécialités et génériques) couverts par l'assurance maladie obligatoire (AMO) dernière version (2021). En filtrant les bases de données de la Canam par cette liste, nous avons obtenu les prescriptions des médicaments antidiabétiques par patient selon le numéro d'immatriculation des patients pour préserver leur anonymat; les dates de prescription et leur fréquence ainsi que les données relatives au remboursement de ces prescriptions. Initialement, la collecte des données était prévue pour couvrir la période allant de 2015 à 2025. Toutefois, des contraintes liées à la disponibilité des données ont été rencontrées au niveau des structures concernées. A l'ANAM, seules les données de 2019 à 2025 étaient accessibles et à la Canam, les données disponibles ne couvraient que la période de 2022 à 2024.

La **partie qualitative** consistait en des entretiens individuels approfondis menés auprès de 30 patients à l'aide d'un guide d'entretien élaboré et validé. Les patients ont été recrutés de façon consécutive les jours de consultation dans le service d'endocrinologie des trois structures sanitaires réparties dans trois communes de Bamako sélectionnées pour l'étude. Les entretiens ont été effectués après consentement des patients et enregistrés. L'entretien était réalisé en français et en langue locale "bambara" avec l'aide d'un interprète. 40 patients dont 30 affiliés à l'AMO et 10 au Ramed étaient prévus pour les entretiens. Cependant, sur la période d'étude, nous n'avons trouvé aucun patient inscrit au Ramed. Au total, 30 entretiens ont donc été réalisés auprès des patients bénéficiaires de l'AMO.

Des entretiens complémentaires ont été réalisés auprès de deux professionnels de santé par centre ainsi que 2 responsables de la Canam et de l'Anam. L'objectif était de recueillir le point de vue institutionnel de la Canam et de l'ANAM sur l'implémentation de l'AMO et du RAMED, les défis et l'impact sur la prise en charge des personnes atteintes de diabète ainsi que la perception des agents de santé sur la mise en oeuvre et les défis de l'assurance maladie.

Ces entretiens se sont déroulés en français après consentement libre et éclairé des concernés et ont été également enregistrés.

3.6. Variables de l'étude

Variables dépendantes

- Accès aux soins cliniques du diabète : accès aux consultations, fréquence des consultations
- Accès aux médicaments antidiabétiques : disponibilité et coût
- Impact financier sur les patients : taux d'abandon du traitement
- Morbidité : taux de personnes ayant présenté des complications

Variables indépendantes

- Facteurs liés aux personnes atteintes de diabète : les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, situation matrimoniale) ; les caractéristiques économiques (catégorie socioprofessionnelle, revenu mensuel), l'environnement socio-culturel (lieu de résidence; croyances)
- Facteurs liés à l'assurance maladie : type d'assurance (AMO ou Ramed), taux de couverture des soins, services couverts, mécanismes d'accès, recouvrement
- Caractéristiques cliniques : type de diabète (1 ou 2), durée d'évolution de la maladie, présence de complications, comorbidités associées
- Facteurs liés au système de santé et de soins : la disponibilité des services de prise en charge, la couverture des services de prise en charge, la disponibilité des laboratoires

3.7. Méthode d'analyse des données

Les données qualitatives recueillies à travers des entretiens individuels approfondis ont été analysées selon une approche thématique combinant des éléments d'analyse qualitative et quantitative. Les entretiens, enregistrés avec le consentement des participants, ont été intégralement retranscrits sous format Word, puis relus à plusieurs reprises afin d'en assurer la fidélité. Une analyse thématique a ensuite été réalisée. Cette démarche a consisté à identifier des unités de sens dans les discours, qui ont été regroupées en catégories thématiques pertinentes en lien avec les objectifs de l'étude. Le codage manuel a été effectué en attribuant à chaque extrait de discours un ou plusieurs codes thématiques. Ces codes ont ensuite été quantifiés afin de mesurer leur fréquence d'apparition ainsi que leur distribution entre les différents profils d'enquêtés. À cette fin, une base de données a été constituée dans Microsoft Excel, recensant les codes par participant. L'analyse descriptive des données a ensuite été réalisée dans Excel, à travers la production de tableaux de fréquences et de représentations graphiques.

Les données quantitatives recueillies auprès de la Canam et de l'ANAM ont été réorganisées à l'aide du module Pandas de Python, puis exportées au format .xlsx en vue d'une analyse complémentaire sous Microsoft Excel. L'analyse statistique réalisée est de nature descriptive. Elle a consisté en la construction de tableaux de fréquences et de représentations graphiques (diagrammes), ainsi qu'au calcul de mesures de tendance centrale (minimum, maximum, moyenne) et de dispersion (erreur-type).

3.8. Considérations éthiques

Cette étude a été conduite dans le respect des principes éthiques fondamentaux de la recherche en santé, notamment ceux relatifs à l'autonomie, la confidentialité, la bienfaisance et la justice. L'ensemble du protocole de recherche a été soumis au comité d'éthique de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie (FMOS) de l'Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako. L'approbation du comité éthique a été obtenue sous le N°2025/77/CE/USTTB en date du 24 Avril 2025. Les autorisations d'enquête ont également été obtenues auprès de toutes les structures concernées. Tous les participants ont été informés de manière claire et complète sur les objectifs de l'étude, les modalités de participation, ainsi que leurs droits, notamment le droit de refuser ou d'interrompre leur participation à tout moment, sans conséquence. Un consentement libre et éclairé a été obtenu de tous les participants avant les entretiens. Les entretiens ont été menés dans un cadre respectueux, garantissant la confidentialité des échanges. Aucun nom, ni information permettant une identification directe des participants, n'a été conservé dans les documents d'analyse.

4. Résultats

1ère partie : Partie Qualitative

I – Entretiens avec les patients affiliés à l'AMO et au Ramed atteints de diabète

30 patients atteints de diabète ont été interviewés dans le cadre de cette étude. Tous les patients rencontrés étaient affiliés à l'AMO. En effet, sur toute la période d'étude, aucun patient rencontré n'était affilié au Ramed. Tous les patients assurés venus en consultation dans les services où nous avons échantillonné étaient bénéficiaires de l'AMO.

1. Caractéristiques sociodémographiques et profil sanitaire

1.1. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen était de 56 ans $\pm$ 12 ans avec des extrêmes de 31 et 81 ans. La tranche d'âge de 50 à 70 ans était la plus représentée. La population d'étude était majoritairement féminine (73,33 %) et constituée de veuves et de femmes mariées avec un sexe ratio de 0,36. Plus de la moitié de la population d'étude n'exerçait pas une activité professionnelle. L'ancienneté du diagnostic chez les patients variait de 1 à 30 ans avec une moyenne de 6,96 ans. 90% des patients avaient un suivi régulier de leur diabète et $\frac{1}{3}$ des patients associaient la médecine traditionnelle à leur traitement. Le tableau 1 ci-dessous regroupe les caractéristiques sociodémographiques des patients :

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectif	Proportion
Classes d'âge (en années)	N=30	
31-40	4	13,33%
41-50	4	13,33%
51-60	10	33,33%
61-70	10	33,33 %
71-81	2	6,67 %
Sexe		
Masculin	8	26,66 %
Féminin	22	73,33 %
Situation matrimoniale		
Marié(e)	16	53,33 %
Veuve	12	40 %
Divorcée	2	6,67 %
Activité professionnelle		
Artisan	3	10 %
Fonctionnaire (En activité et à la retraite)	7	23,33 %

Variables	Effectif	Proportion
Ménagère	16	53,34 %
Sans-emploi	1	3,33 %
Commerçante	3	10 %

1.2. Profil sanitaire

Parmi les patients interviewés, 90 % étaient sous traitement régulier et seulement 30 % des patients faisaient recours à la médecine traditionnelle.

Tableau 2 : Profil sanitaire des patients

Variables	Effectif	Proportion
Traitement régulier		
Non	3	10 %
Oui	27	90 %
Médecine traditionnelle		
Oui	10	33,33 %
Non	20	66,67 %

2. Expériences avec l'assurance Maladie obligatoire et accès aux soins

Les patients interviewés étaient affiliés à l'AMO depuis 1 à 14 ans avec une durée moyenne de 6,95 ans. Les mécanismes d'adhésion résultaient de leur travail en tant que salariés, ou du bénéfice des droits d'un proche travaillant dans le secteur formel ou d'une adhésion volontaire. La figure ci-dessous présente les mécanismes d'affiliation à l'AMO :

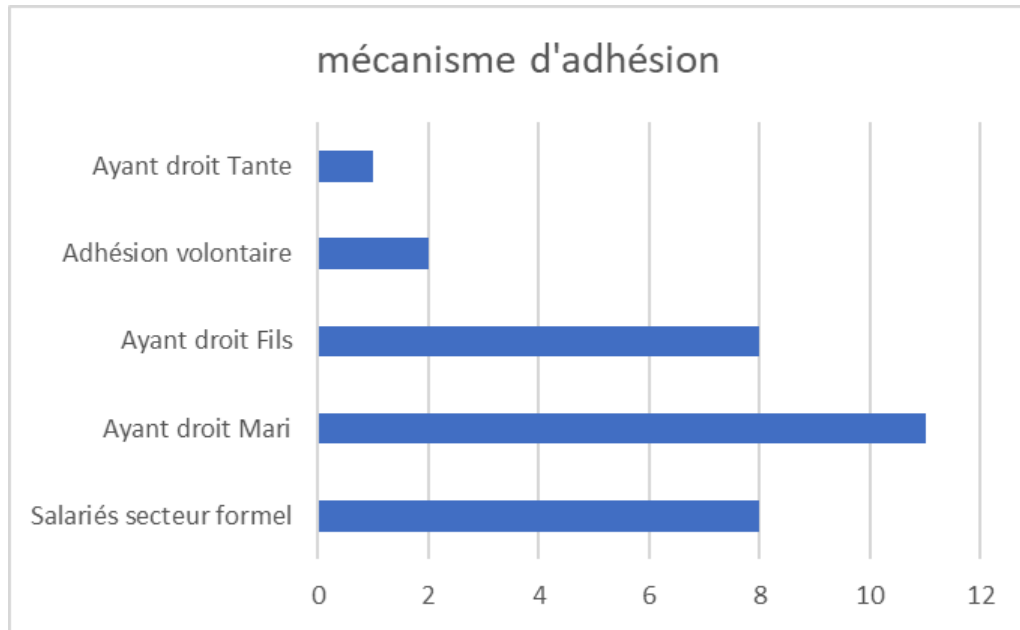


Figure 2 : Mécanisme d'adhésion des patients

Services inclus

La totalité des patients interviewés ont déclaré avoir bénéficié des consultations générales et de diabétologie, des médicaments et des examens (biologiques surtout) avec l'AMO. Certains ont déclaré avoir été hospitalisés et même opérés, tout ceci grâce à leur carte AMO (schéma 2). *"j'ai bénéficié de consultations, d'hospitalisation. Les hospitalisations, les analyses, également, voilà, les médicaments..."* Patient P08. La majorité des patients (83 %) ont pu suivre leur traitement sans rupture de soins ou de traitement (Figure 3). Seulement 17 % des patients ont déjà eu à renoncer à un soin. Les raisons évoquées par les patients ayant déjà eu à renoncer à un soin étaient principalement le manque de moyens financiers (4 patients sur 5) et la non-couverture du médicament par l'AMO pour un patient.

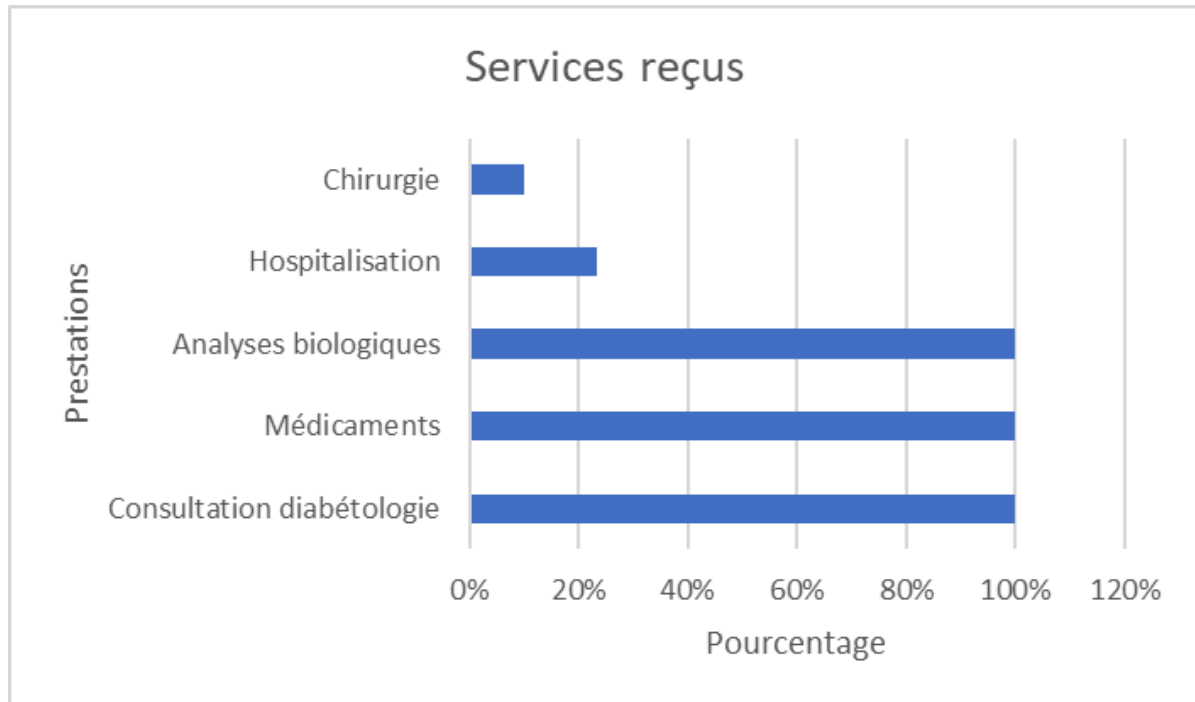


Figure 3 : Services couverts par l'AMO

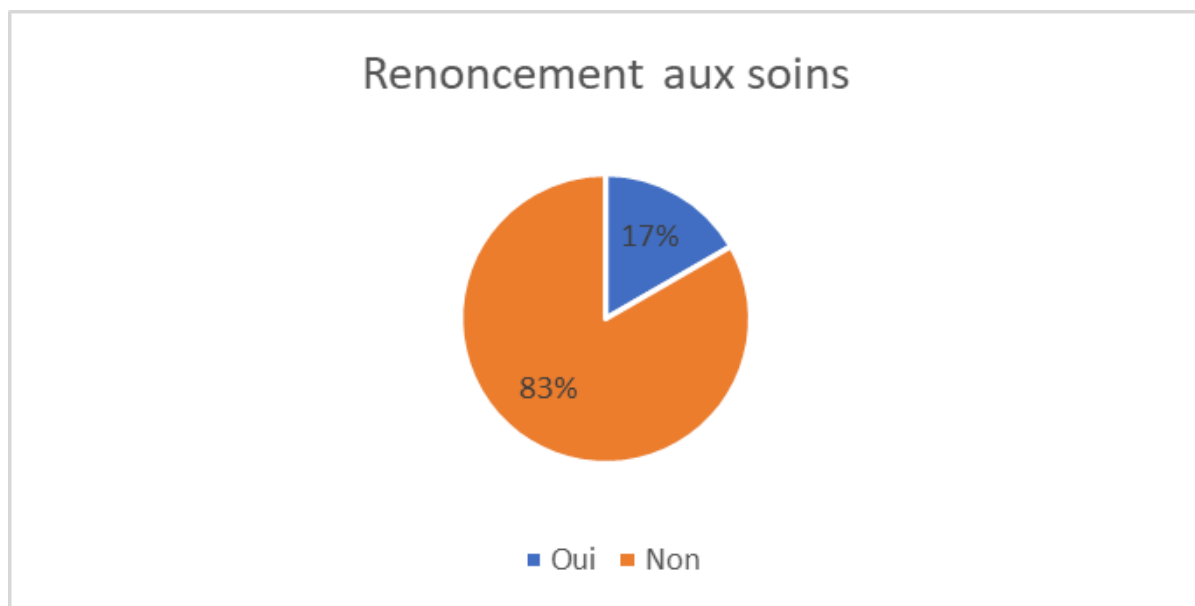


Figure 4 : Renoncement aux soins

Complications du diabète

Au total, 8 patients (soit 26,66 %) ont présenté des complications depuis leur diagnostic du diabète. Les complications étaient à type de Pied diabétique (2/8), rétinopathie (2/8), urgence métabolique à type d'hyperglycémie (2/8) et un cas de néphropathie et

d'hypertension artérielle. Tous les patients ont déclaré que les soins entrant dans le cadre de ces complications avaient été prises en charge.

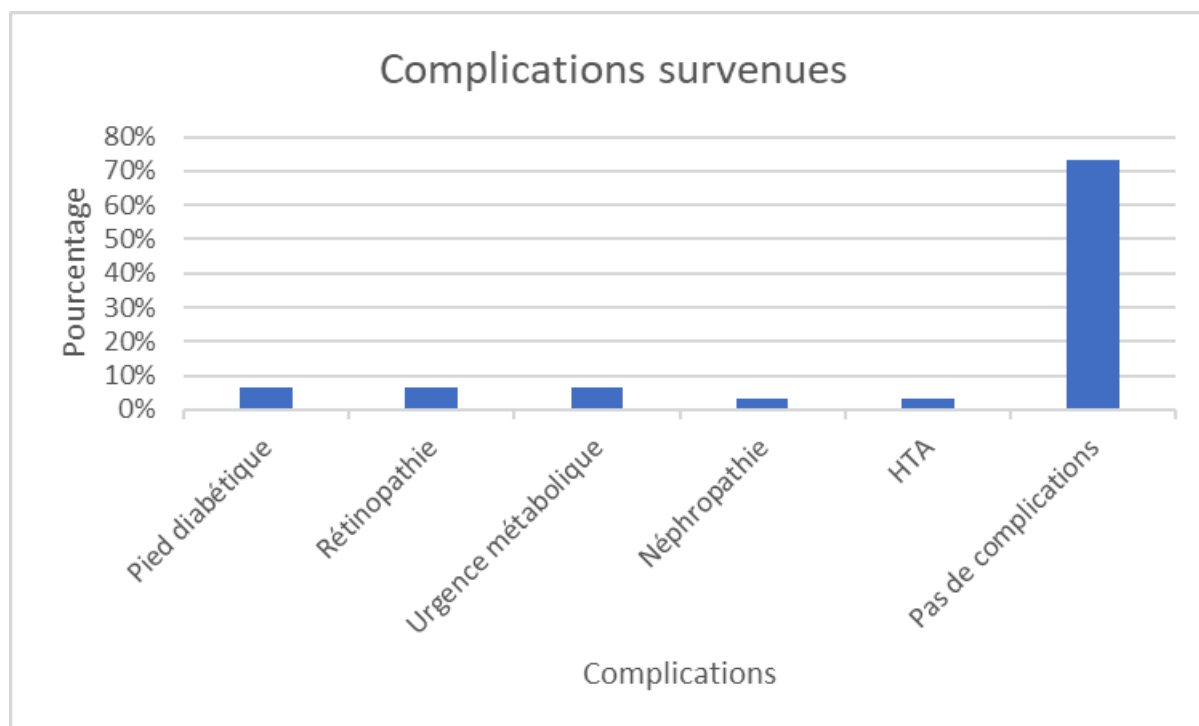


Figure 5 : Survenue des complications

Satisfaction des patients

La plupart des patients (80 %) étaient globalement satisfaits voire très satisfaits de l'AMO et des soins reçus grâce à l'AMO. Les avis étaient *"Je suis très très satisfait de l'AMO"*, *"Parce que... si ce n'est pas l'AMO, je ne pourrais pas payer"* P03. 20 % des patients avaient un avis plutôt mitigé. Les points d'insatisfaction étaient principalement la file d'attente suivie de la non-couverture de certains médicaments. Il faut noter que même les patients qui étaient très satisfait de l'AMO ont souligné cependant le problème de la file d'attente. La tendance était la même concernant l'accueil des patients. 76% des patients trouvaient l'accueil *"très bien"* ou *"satisfaisant"*. Le reste jugeait l'accueil *"peu satisfaisant"*. On pouvait noter des avis comme *"si je dois noter, vraiment, je ne donnerais pas une bonne note parce que souvent on a l'impression qu'on vient (au niveau des guichets AMO) quémander quelque chose alors que c'est un droit"* patient 08.

Difficultés rencontrées

Concernant les difficultés rencontrées par les patients pour accéder aux soins et aux médicaments avec l'AMO, $\frac{1}{3}$ des patients ne trouvaient aucune difficulté dans l'utilisation de l'AMO et confirment être très satisfaits. D'autres cependant ont souligné quelques difficultés telle que *"quand on vient, il faut tenir le rang à différentes étapes, ce qui est un peu difficile pour nous. La machine où il faut mettre l'empreinte tombe souvent en panne. Tout ça"*

complice un peu l'accès aux soins" P03. La figure 6 ci-dessous présente les difficultés rencontrées par les patients dans leur utilisation de l'AMO.

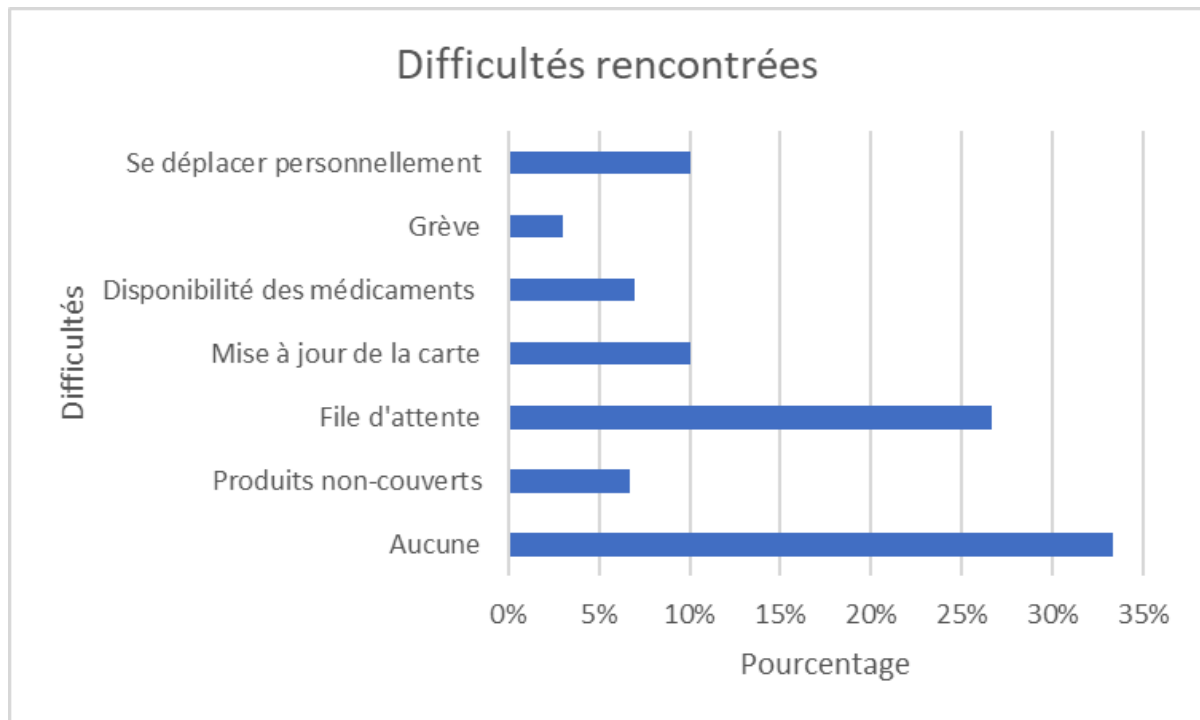


Figure 6 : Difficultés dans l'utilisation de l'AMO

Capacité de paiement du reste à charge

A la question de savoir s'ils arrivaient à payer facilement le ticket modérateur (la partie des frais qui reste à leur charge et n'est pas couverte par l'assurance), 18 patients ont répondu par l'affirmative tandis que 5 patients soulignaient qu'ils payaient mais avec difficultés tandis que 04 répondaient par la négative. *"...je suis obligé de quémander. ça m'arrive tout le temps...pour acheter les médicaments maintenant, il va falloir que je quémande" Patient 13.*

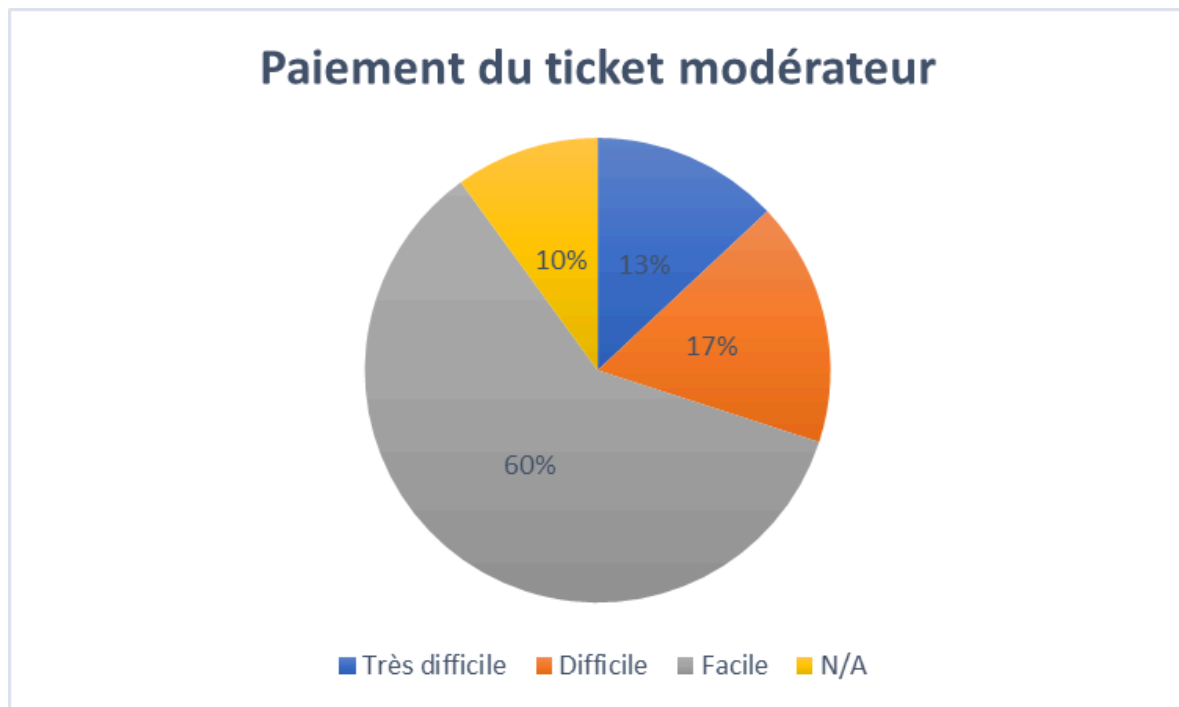


Figure 7 : Capacité de paiement du ticket modérateur

Impact économique du diabète sur le revenu

L'impact économique du diabète sur le revenu du patient ou du ménage a été confirmé chez tous les patients. Le poids de l'impact variait cependant selon les patients. 40 % des patients jugeaient l'impact du diabète "énorme" ou "très pesant" sur leurs revenus ou leur travail. un patient a déclaré *"ça a un lourd impact. J'ai même dû arrêter mon commerce à cause de ça. Je prélevais l'argent pour les soins et je n'en gagnais pas. J'ai dû fermer."* Patient 17. Un autre disait *"ça a beaucoup impacté parce que toute ma pension de 20000 fr va dans les soins. Il ne me reste rien pour faire autre chose (Patient 02)"*. 26,66 % des patients trouvaient le fardeau économique du diabète gérable tandis que 30 % ne trouvaient pas vraiment pesant le fardeau économique du diabète sur leurs revenus.

Les patients étaient cependant unanimes sur le fait que l'AMO a permis de réduire considérablement les dépenses. Quant à la capacité de poursuivre les soins sans l'AMO, 63,33 % des patients ont répondu par la négative tandis que 26,66 % ont répondu en être capable même si ce sera plus difficile et 10 % étaient incertains.

Tableau 3 : Impact économique du diabète sur les patients

Variables	Effectif	Proportion
Impact économique du diabète sur le revenu		
Énorme	12	40 %

Gérable	8	26,66 %
Non pesant	9	30 %
Capacité de poursuite des soins sans AMO		
Non	19	63,33 %
Oui	8	26,66 %
Incertain	3	10%

Attentes et suggestions des patients pour l'AMO

Les suggestions d'amélioration des bénéficiaires pour l'AMO étaient principalement de régler le problème de la file d'attente en augmentant le nombre de caisses destinées aux assurés; de prendre en charge tous les médicaments y compris les glucomètres pour les patients atteints de diabète, de réduire les prix des médicaments et d'étendre l'accès à toute la population. La figure ci-contre présente les suggestions d'améliorations des patients :

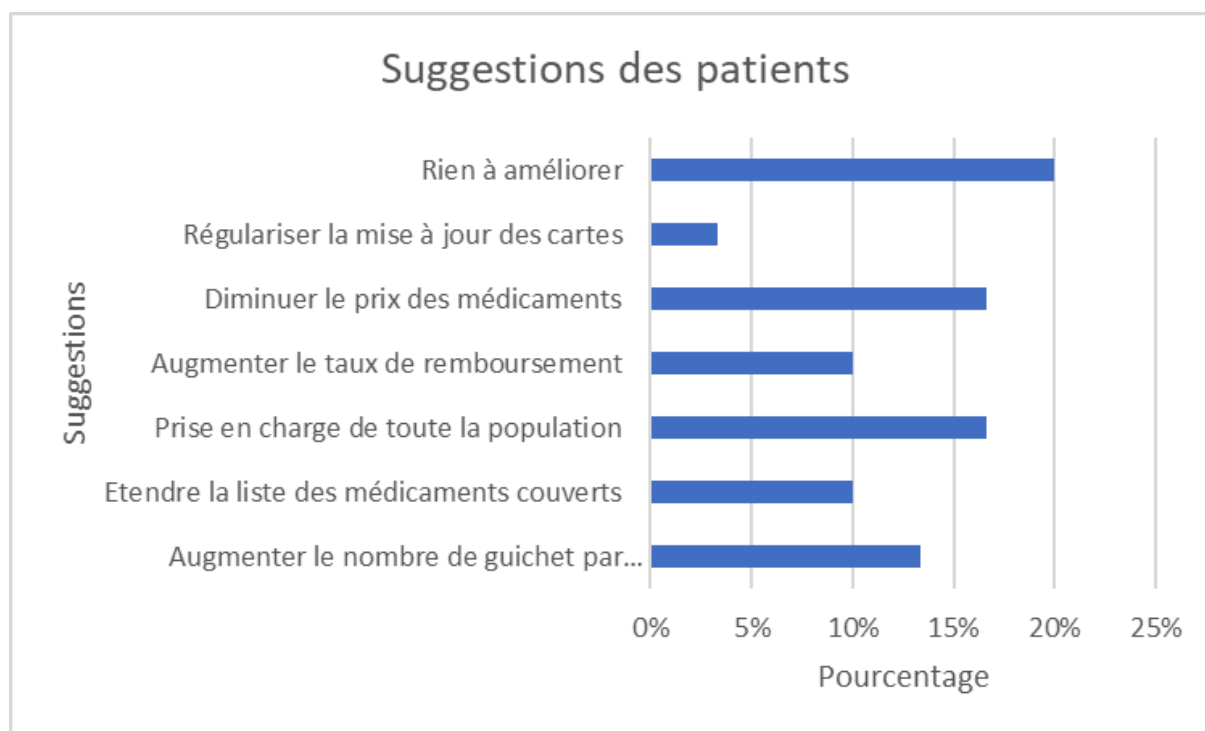


Figure 8 : Suggestions des patients pour l'AMO

Pour une meilleure prise en charge du diabète au Mali, les patients suggéraient également la production d'un livre sur la gestion du diabète destiné aux patients, la subvention par l'Etat du diabète à l'instar des maladies transmissibles comme le VIH et la tuberculose ainsi que la facilitation de l'obtention des glucomètres pour les patients atteints de diabète.

II – Entretiens avec les professionnels de santé

Au total, 06 entretiens ont été réalisés auprès de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du diabète dans les trois structures de santé. Il s'agissait de 3 médecins spécialisés en Endocrinologie-diabétologie et nutrition et 3 infirmières travaillant au sein des services de diabétologie. Les médecins diabétologues travaillaient dans ces centres depuis 12, 6 et 4 ans, ont fourni des explications détaillées et les infirmières ont fourni les informations dont elles disposaient.

2.1. Connaissance et perception de l'AMO et du Ramed

Deux des trois médecins interviewés avaient une connaissance relativement approfondie du régime de l'AMO et de son fonctionnement, de par leur propre statut d'assuré d'abord et du fait de leur implication dans le suivi de certains patients bénéficiaires de ce régime d'assurance maladie. Ils ont démontré une connaissance claire de **l'organisation institutionnelle de l'AMO** *“Donc la CMSS, c'est eux qui s'occupent du secteur formel on va dire, le secteur non formel, ça c'est l'INPS...C'est la Canam qui gère.”* Les **mécanismes de cotisation, les conditions d'accès et les procédures** étaient bien compris également *“tous ceux qui sont fonctionnaires, automatiquement ou initialement c'était coupé. Il y avait une somme qui était coupée pour toi, ta femme et tes enfants jusqu'à 21 ans et tes parents”, “Un commerçant, un boutiquier qui veut adhérer à l'AMO, il faudra qu'ils s'inscrivent à l'INPS, qu'ils aillent déposer un fond. Et après six mois de cotisations...”*. Le **panier de soins** était maîtrisé dans ses aspects pratiques également *“ils payent seulement à 30%”, “tous les soins, échographies, bilans sont pris en charge, les médicaments aussi”*.

D'autres professionnels possédaient des notions partielles, souvent imprécises : *“Je ne maîtrise pas trop, j'ai participé à une formation de la Canam mais elle concernait les prescriptions abusives” Médecin 02*. Certains démontraient une compréhension basique mais incomplète : *“L'AMO c'est pour les fonctionnaires et ceux qui sont inscrits à l'INPS. Mais le Ramed, c'est le social, il faut avoir des dossiers au niveau de la mairie ou de la police, il faut fournir les dossiers” infirmière 02*. Certains professionnels ont avoué une ignorance complète des mécanismes de l'assurance maladie : *“Non, pas vraiment. Je ne sais pas comment ça marche” infirmière 01*.

Le Ramed était moins bien connu des trois médecins enquêtés. *«Le Ramed, est-ce identique à l'Anam ? Est-ce l'assurance maladie universelle ? »*, questionnaient-ils durant l'entretien, exprimant ainsi leur méconnaissance de l'institution. Au cours de l'entretien, il est apparu que le régime et son fonctionnement étaient plus ou moins connus mais que c'est l'appellation qui donnait lieu à une confusion chez les médecins.

Seulement une infirmière sur les 03 connaissait le Ramed et son fonctionnement. Il s'agissait de la responsable des infirmières de l'hôpital du Mali (hôpital de dernière référence) En effet,

les infirmières des deux autres centres de santé ne connaissaient pas du tout le Ramed. Elle expliquait que seulement les responsables qui maîtrisaient un peu le régime : *“Non, c’est seulement les responsables qui connaissent un peu. Le major par exemple”*. Ceci révèle une concentration de l’information au niveau hiérarchique supérieur créant une asymétrie informationnelle dans les équipes soignantes.

Par ailleurs, tous les agents interrogés ont reconnu que les professionnels de santé n’étaient pas suffisamment formés et informés sur les modalités pratiques de l’AMO et du Ramed. *“très souvent on est obligés d’appeler (des gens à la Canam) pour avoir des éclaircissements. J’aimerais être plus formée et informée sur comment ça fonctionne” Médecin 02*. Cette hiérarchisation de l’information compromet l’accompagnement des patients dans l’accès aux soins.

Les professionnels de santé étaient unanimes sur l’impact positif de l’AMO sur la prise en charge des patients atteints de diabète. Cette mise en œuvre a permis selon eux, un suivi régulier des patients, la réalisation des bilans, une meilleure observance des traitements et beaucoup moins d’abandons. *Un médecin déclarait “l’AMO ça nous a sorti une épine du pied... les patients qui sont à l’AMO sont des patients que généralement on ne perd pas de vue. Ils viennent aux consultations régulièrement parce que le coût de leur PEC est amorti par l’AMO” médecin 03*. Un autre de ses collègues confirmait *“Ceux qui sont assurés à l’AMO, ils sont plus enclins à venir aux consultations, on les voit chaque mois, ils font les bilans, ils ont un meilleur suivi. Avec eux, on n’a vraiment pas de problèmes”*. Cependant, les plus informés percevaient clairement les obstacles structurels à l’accès aux soins : *“L’AMO, il me semble qu’il faut une profession, ce n’est pas facile d’accéder à ça pour ceux qui ne sont pas salariés. (...) On sait que la majorité de la population n’est pas salariée ou allée à l’école, Ils sont dans le secteur informel” ; “il ya une autre manière qui consiste à cotiser pendant 6 mois, mais là encore, ce n’est pas tout le monde qui peut” médecin 02*.

En ce qui concerne le Ramed, le bilan était mitigé. Pour les quelques patients qui arrivaient à en bénéficier, les soins et les bilans étaient accessibles alors que les médicaments étaient inaccessibles. Seules les pharmacies des centres de santé pouvaient délivrer leurs ordonnances mais elles avaient rarement les médicaments antidiabétiques.

2.2. Difficultés rencontrées par les patients

Malgré cet impact, les patients atteints de diabète restent confrontés à de nombreuses difficultés. Les entretiens ont mis en évidence plusieurs défis dans la mise en œuvre du dispositif.

Concernant l’AMO, les difficultés évoquées par les agents de santé interrogés étaient les difficultés **financières** : le traitement du diabète demandant beaucoup d’examens et la plupart des patients étant polymédiqués, le coût du traitement dépassait souvent la capacité des patients. La situation différerait d’une structure à une autre. En effet, au CSREF de la

commune V, selon le médecin interviewé, la majorité des patients ne serait pas affiliée à l'AMO : *“Mais on a certains patients qui sont affiliés à certaines assurances mais ici particulièrement c'est l'AMO que nous avons ici. Mais la majorité n'y est pas associée”*. A la Commune I, plus de la moitié de leurs patients étaient affiliés à l'AMO. *“les patients que nous consultons actuellement, 70 % sont dans l'AMO”* médecin 01. Cependant malgré l'affiliation à l'AMO, les difficultés financières persistaient pour certains patients d'après tous les médecins. *“il y a beaucoup de ruptures...Il n'a pas eu d'argent pour prendre le taxi pour venir ou pour payer les médicaments”* médecin 01. Outre les difficultés financières, les problèmes d'accessibilité géographique et organisationnelle ont été relevés. Il s'agissait de l'insuffisance des points de service *“l'accessibilité est souvent difficile, notamment le manque de points AMO. Il y a deux caisses AMO mais il y a beaucoup de monde... c'est insuffisant”* médecin 02 ; du parcours administratif contraignant avec de multiples déplacements *“allers-retours pour les fiches et les cachets”* médecins 02 et 03. Ces insuffisances engendrent des files d'attente critiques. Les patients passaient plusieurs heures dans les files d'attente avant d'avoir accès aux soins, ce qui décourageait certains patients. *“Les patients viennent à 4 h du matin, 3 h du matin, il y en a même qui passent la nuit pour avoir le rang”* médecin 01, *“ils voient que les attentes sont très longues surtout ceux de l'AMO”* médecin 03, *“un seul guichet pour l'AMO, et ils font 2 à 3h de temps là-bas avant de prendre le ticket”* médecin 02.

Des défaillances techniques et infrastructurelles ont également été mentionnées *“Il y a des patients qui peuvent se déplacer sur 04 centres pour faire une simple mise à jour de leur carte... Des fois on dit qu'il n'y a pas d'électricité au niveau de la borne et ce n'est pas couplé au groupe électrogène”* médecin 03. La rigidité du système de prescription en termes de limitations quantitatives (*“Sur notre ordonnance ici AMO, le patient a droit à 10 produits et nos patients sont polymédiqués...très souvent, on peut aller à plus de 10 produits et dans ce cas là, on leur dit de repasser à la caisse pour avoir une autre fiche d'ordonnance”* médecin 02) et d'obligation de renouvellement mensuel inadaptée pour les maladies chroniques (*“la première limite pour les maladies chroniques, vraiment, c'est obligation de venir chaque mois pour renouveler les médicaments pour l'AMO”* médecin 01) a également été soulignée.

En ce qui concerne le Ramed, le constat était accablant. Les professionnels de santé des communes I et V ont rencontré à peine 1 ou 2 patients durant leurs années d'exercice dans le centre. *“j'ai eu peut-être 2 patients qui en bénéficiaient. Je me souviens d'une patiente qui l'avait. Et elle aussi, elle a beaucoup de difficultés”, “c'est très rare, à ma souvenance, un ou deux cas”*. L'Hôpital du Mali semblait recevoir un peu plus de patients Ramed. Les difficultés étaient multiples. Il s'agissait des difficultés d'affiliation des patients du fait du parcours administratif contraignant. En effet l'obtention du certificat d'indigence délivré par la mairie dont relève l'indigent souffrait de lenteur administrative. *“Le processus pour avoir la fiche du Ramed est très difficile. L'étape de la mairie est longue. Les patients se promènent de mairie en mairie”* médecin 03. La faible accessibilité aux médicaments était également rapportée. Seulement les DCI sont couvertes et les molécules utilisées dans la prise en charge du

diabète étaient rarement disponibles dans les pharmacies hospitalières alors que les pharmacies hospitalières, seules conventionnées pour céder les médicaments aux patients. *“on a l'habitude de prescrire certains médicaments, après elle revient nous dire que ce n'est pas pris en charge”, “ils font tellement de tours avec les ordonnances Ramed, qu'ils abandonnent”, “ les pharmacies de nos centres de santé ne sont pas bien fournies (...), les patients peuvent se procurer seulement de l'oméprazole ou du paracétamol”.*

Les propositions d'amélioration consistaient principalement en l'élargissement du panier de soins pour les patients avec l'inclusion des glucomètres et des bandelettes, l'assouplissement des procédures administratives notamment la durée des renouvellements et la fréquence de mise à jour des cartes, l'amélioration du ciblage des indigents (“accentuer le contrôle, rechercher les vrais indigents” médecin 03) et l'extension de la couverture à toute la population (“Il y a des gens qui sont dans l'informel, qui ont les moyens pour payer l'adhésion et qui sont enclins à le faire” médecin 02).

III - Entretien avec les organismes de gestion de l'AMO et du Ramed

3.1. Point de vue institutionnel : perception des responsables de la Canam

Deux entretiens complémentaires ont été réalisés auprès de deux cadres de la Canam. Il s'agissait du Chef du service actuariat de la direction stratégique à la Canam dont le rôle est l'évaluation actuarielle du budget, de la modélisation des risques financiers et de des projections budgétaires sur les engagements de la Canam ainsi que du directeur chargé de l'Organisation, du contrôle et de la qualité des soins. Le rôle de ce dernier est de signer les conventions avec les structures, de former les prestataires et de les accompagner pour une prise en charge adéquate des patients ainsi que le contrôle des prestations. Tous deux travaillent à la Canam depuis le début de la mise en œuvre de l'AMO en 2011. Leur expérience leur confère une très bonne maîtrise de la mise en œuvre de l'AMO et de ses défis. L'AMO était présentée comme une assurance sociale, non basée sur le gain dont le rôle est de faciliter l'accès aux soins pour la population. Cependant, l'un estimait que le rôle de la Canam se limitait à une simple structure d'intermédiation financière, soit un partenaire financier et qu'elle ne devait pas s'intéresser au fonctionnement ou à la qualité des soins fournis tandis que l'autre soulignait que la mission de la Canam c'est de permettre que toute la population soit soignée correctement, conformément à la constitution. Et qu'elle veille donc à conventionner les structures de soins jusqu'au fond du Mali tout en veillant à la qualité des soins.

3.1.1. Perception des avancées

Les cadres interrogés ont souligné que le diabète fait partie des affections de longue durée (au nombre de 33) qui sont priorisées pour la prise en charge, bien que toutes les maladies soient prises en charge par l'AMO à l'exception des maladies sociales. Ainsi tous les

médicaments du diabète ayant une autorisation de mise sur le marché du territoire malien seraient pris en charge par l'AMO ainsi que tous les examens entrant dans la prise en charge du diabète sans limites ni plafonnements. Seuls des médicaments considérés "de luxe" auraient été écartés. Des dispositions auraient également été prises pour que les patients atteints de diabète ayant des problèmes d'empreinte puissent accéder aux soins simplement grâce à leur carte AMO. Et l'impact serait visible puisque les médecins témoigneraient qu'il y a depuis l'instauration de l'AMO, moins de complications.

3.1.2. Défis de mise en oeuvre

La mise en œuvre de l'AMO fait face à plusieurs défis structurels et opérationnels. Le plus gros défi d'après les cadres de la Canam était la lutte contre les fraudes ou les fautes. Elles se manifestaient souvent par l'usage frauduleux des cartes d'assurés avec une carte d'assuré servant à toute la famille ou aux voisins, les abus de prescription ou des pratiques déviantes liées à certains produits en complicité avec des médecins ou pharmaciens. Malgré les sensibilisations, ces pratiques persistent et menacent la survie du dispositif. La Canam avait donc renforcé ses dispositifs de contrôle et de traçabilité des prestations.

Sur le plan financier, il existe des difficultés de financement dus à la délégation de gestion prévue par la loi portant création de l'AMO. Elle prévoyait la délégation de gestion à la CMSS et à l'INPS qui collectent les cotisations et les reversent à la Canam, ce qui entraînait souvent des écarts entre les montants collectés et les montants perçus par la Canam. Ces insuffisances ont été corrigées dans les textes du RAMU. Les prévisions actuelles de l'actuariat prévoient qu'en 2028, les recettes de la Canam ne suffiraient plus à couvrir les dépenses des prestations. La question du financement demeure sensible et conditionne la pérennisation du régime. Le RAMU est attendu comme la solution de survie de l'assurance maladie.

Par ailleurs, il existe des défis liés aux délais de remboursement. En effet, le délai prévu par la loi était de 15 jours. Ce délai, selon les responsables de la Canam, est impossible à tenir au vu du grand nombre de prestataires en convention avec la Canam et du volume des prestations. Cependant, les remboursements s'effectuaient dans un délai raisonnable selon eux.

3.1.3. Perspectives de l'AMO

La Canam est optimiste quant à l'amélioration positive du régime de l'AMO. Plusieurs perspectives sont en cours de mise en œuvre pour une meilleure prise en charge des patients.

Prise en charge des maladies chroniques : la Canam prévoit d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques dont le diabète par la possibilité d'obtenir des ordonnances couvrant jusqu'à trois mois de traitement pour limiter les déplacements fréquents des patients, améliorer l'observance thérapeutique et réduire la charge des structures de santé.

Des réflexions sont également en cours pour permettre aux patients atteints de diabète d'avoir accès aux dispositifs médicaux de contrôle glycémique leur permettant de suivre leur glycémie selon une périodicité à définir pour un meilleur contrôle glycémique et la prévention des complications.

Digitalisation : grâce au développement d'internet, la Canam est en train de penser à une modernisation à travers le développement de la prescription en ligne. Ce système permettra au médecin de prescrire directement dans une plateforme, la Canam récupérera la prescription, la traitera et la validera électroniquement et le patient pourra récupérer directement ses produits dans une pharmacie. Ceci va réduire les délais de traitement et diminuer également la fraude.

Par ailleurs, l'extension de la couverture à travers le RAMU constitue une réforme majeure de la Canam. Le RAMU semble être la solution pour une équité d'accès à toute la population, la réduction de la fraude et la pérennisation de l'assurance maladie. Ceci permettra d'élargir l'assurance maladie à toute la population malienne contre seulement 2 millions pour l'AMO et d'élargir également la base contributive et financière nécessaire pour la survie de l'assurance maladie.

3.2. Point de vue institutionnel : perception des responsables de l'ANAM

Deux entretiens ont été réalisés auprès des cadres de l'ANAM en vue d'avoir leur point de vue institutionnel. Il s'agissait du directeur de la gestion des prestations et du directeur des immatriculations. Ces deux profils sont complémentaires et les personnes concernées travaillent à l'Anam depuis 2011, soit le début de la mise en œuvre du Ramed. Leurs expériences cumulées leur confèrent une très bonne maîtrise du Ramed dans son fonctionnement et ses défis.

3.2.1. Perception des avancées

Le Ramed est décrit comme un dispositif de solidarité nationale destiné aux indigents et aux personnes en situation de vulnérabilité appelés "admis de droits" pour garantir que personne ne meure faute de moyens. Deux mécanismes d'accès sont définis : l'auto-ciblage et le ciblage communautaire. L'auto-ciblage consiste en une demande personnelle du statut d'indigence auprès de sa collectivité locale tandis que le ciblage communautaire consiste en des initiatives lancées par le gouvernement en cas de crises ou par l'ANAM. La couverture s'étend aux ayant-droits (époux(ses) et enfants) et un récépissé d'immatriculation valide 3 ans non renouvelables. Le panier de soins comprend les consultations, les hospitalisations, les examens biologiques et les médicaments en DCI. La prise en charge doit être intra-hospitalière. Certains services "de luxe" sont également exclus. Le Ramed n'est pas orienté par pathologie mais par statut social. Si les patients atteints de diabète remplissent les conditions d'immatriculation, il est couvert selon le panier de soins.

3.2.2. Défis du Ramed

Les entretiens ont mis en évidence plusieurs défis majeurs. Le principal défi du Ramed était le financement. Le Ramed fonctionne avec les ressources de l’Etat et des collectivités lesquelles sont souvent insuffisantes et irrégulières. Ceci entraînait des retards dans les remboursements des prestataires avec pour effet des réticences à fournir les soins aux assurés. Outre le manque de ressources financières, il y a également un manque de ressources humaines et matérielles pour couvrir les demandes adressées à l’ANAM. Un autre défi est l’absence d’une définition harmonisée de la notion d’indigence, ce qui entraîne des interprétations diverses et qui pose un problème d’inclusion ou d’exclusion dans le Ramed. Quelques cas de fautes pour ne pas parler de fraudes ont également été évoqués, notamment des assurés qui font bénéficier de leur assurance à d’autres.

3.2.3. Perspectives du Ramed

Les perspectives du Ramed évoquées consistaient principalement en la réforme structurelle vers le RAMU qui permettra d’avoir un panier de soins unique pour toute la population. La recherche de mécanismes de financement innovants ainsi que d’une gestion transparente avec des contrôles renforcés afin de lutter contre les fraudes et les dysfonctionnements.

2ème partie : Partie quantitative

I - L’Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

L’échantillonnage consistait à recueillir la base de données complète de l’AMO concernant les patients atteints de diabète de 2015 à 2025. Cependant, les données de l’AMO n’étaient disponibles à la Canam que de 2022 à 2024. Notre étude s’est donc basée sur les bases de données des années 2022 à 2024.

1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 4 ci-dessous présente les caractéristiques socio-démographiques des patients atteints de diabète bénéficiaires de l’AMO au Mali:

Tableau 4 : Caractéristiques socio-démographiques des patients atteints de diabète au Mali

Variables	Effectif	Proportion (%)
Sexe	N = 105346	
Masculin	47983	45,55
Féminin	57363	54,45
Âge (ans)		

Variables	Effectif	Proportion (%)
<15	3595	3,41
15–24	5536	5,26
25–34	16456	15,62
35–44	21080	20,01
45–54	17837	16,93
55–64	18960	18
65–75	16619	15,78
>75	5263	05
Structure d'affiliation		
CMSS	53590	50,87
INPS	51756	49,13
Provenance		
Bamako	62360	50,20
Autres régions	42976	49,80

1.2. Volume et coût des remboursements effectués

Sur la période de 2022 à 2024, le nombre total de prescriptions d'antidiabétiques oraux (ADO) liquidées sur la période est de **869762** pour un montant de 4202735810 F CFA, de 148088 prescriptions d'insulines pour un montant de 567300780 FCFA et 671120 seringues à insulines et aiguilles pour un montant de 61477235,6 FCFA. Ainsi, les médicaments antidiabétiques et dispositifs médicaux représentaient une charge globale de 4 831 513 825,6 F CFA remboursée par la Canam sur la période d'étude. Les figures 8 et 10 présentent la répartition du nombre de prestations liquidées par année et le montant des prestations remboursées en termes de médicaments.

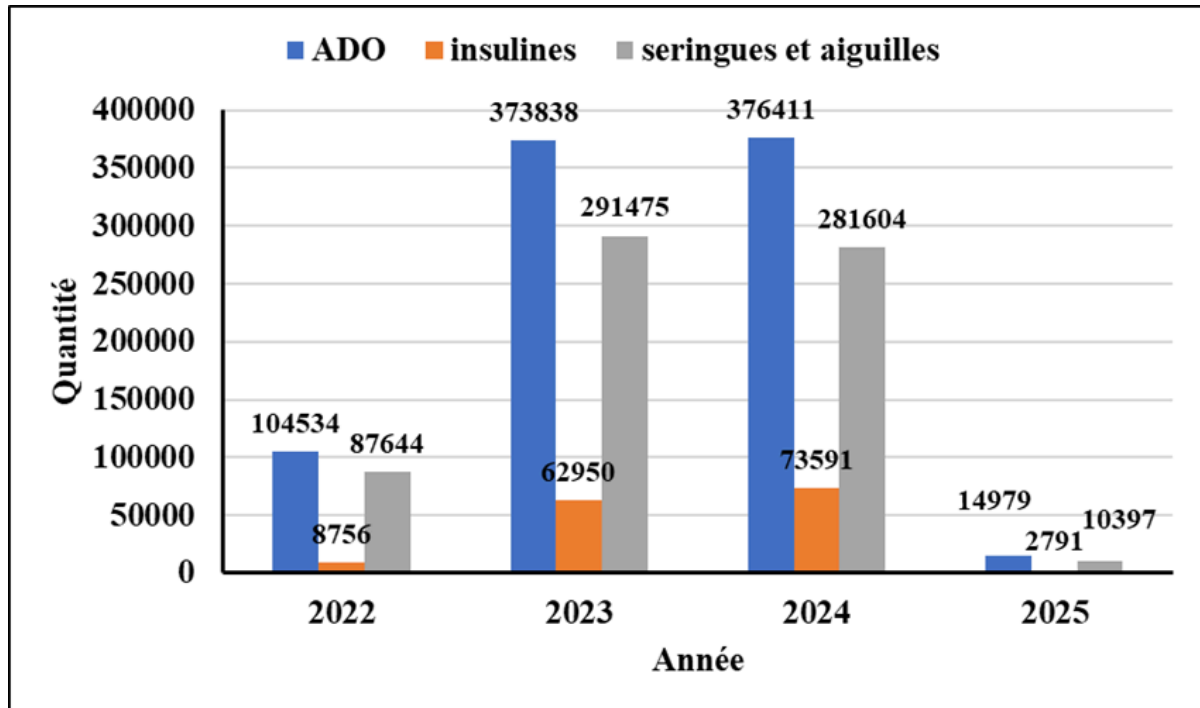


Figure 9 : Nombre de prescriptions liquidées par année

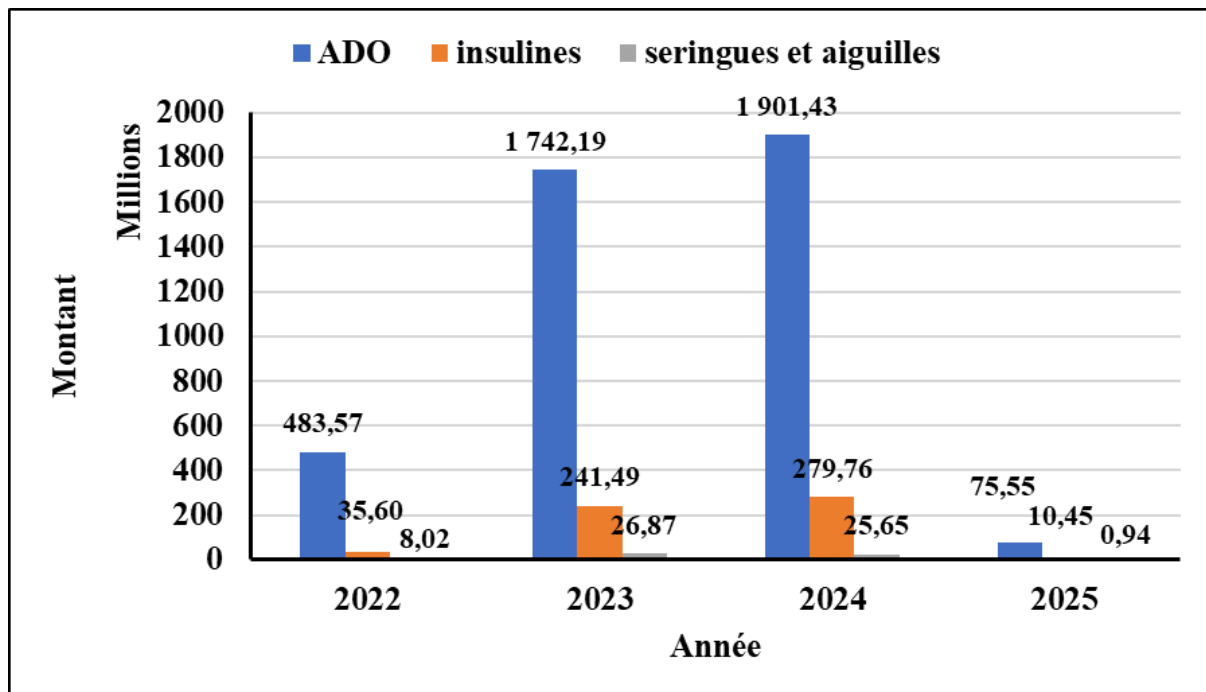


Figure 10 : Montant global liquidé par année

Parmi les médicaments antidiabétiques prescrits (ADO et insuline), 27 % étaient des médicaments génériques et 73 % étaient des spécialités. Les génériques coûtaient à l'AMO 1329 271 733 F CFA tandis que les spécialités représentaient un coût de 3 437 491 310 F CFA.

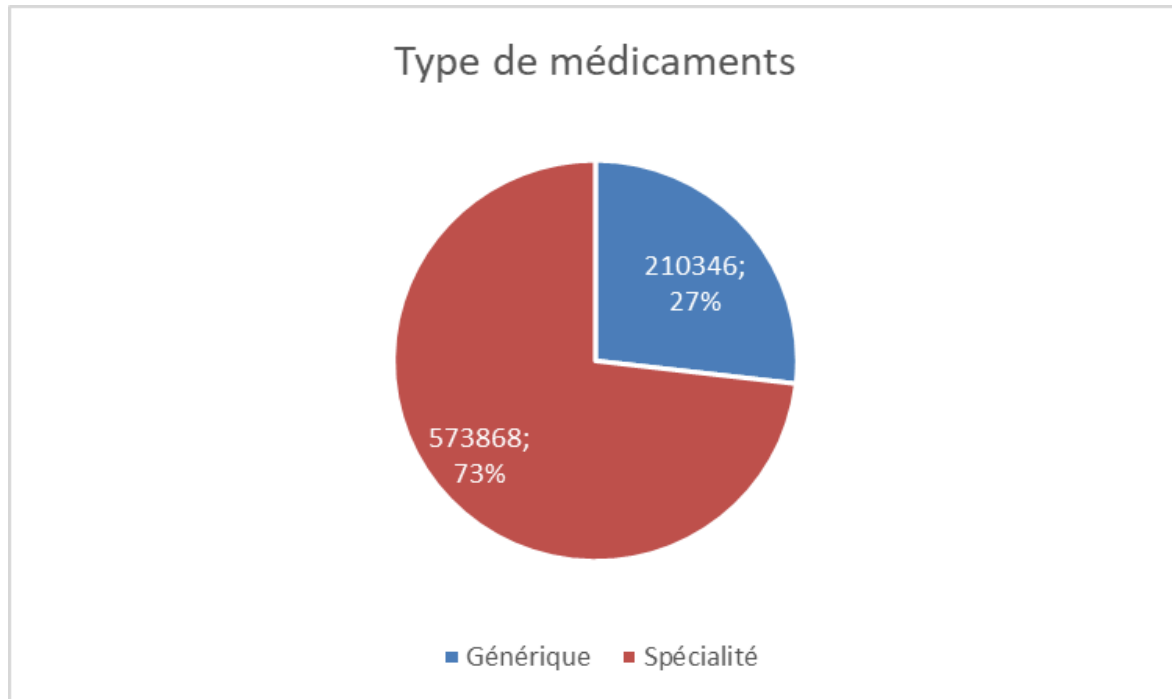


Figure 11 : Répartition des médicaments selon le type

1.3. Délai de liquidation

Le délai de liquidation des prestations de l'AMO se présente comme suit (Figure 12). Le délai moyen était de 18,3 jours +/- 0,03 avec un maximum observé de 1114 jours. Plus de la moitié des prestations étaient liquidées en 2 semaines correspondant au délai réglementaire prévu par la loi. 29,73 % des prestations étaient liquidées entre 15 et 30 jours, soit avec un retard de 2 semaines environ et 6,50 % des prestations pouvaient aller jusqu'à 2 mois pour être liquidées.

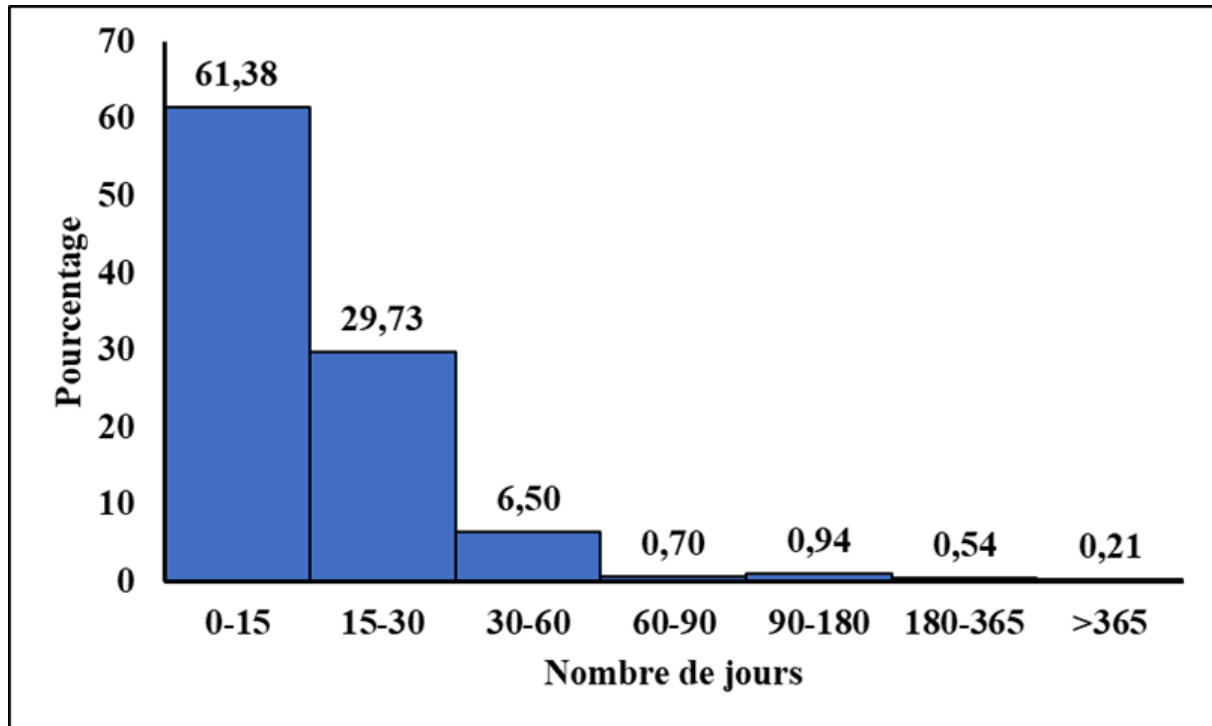


Figure 12 : Répartition suivant le délai de liquidation

1.4. Evolution du nombre de patients et durée de suivi du traitement

Le nombre de patients atteints de diabète ayant bénéficié de l'AMO a connu une augmentation importante entre 2022 et 2023 puis une légère augmentation de 2023 à 2024. Cependant, près de 59% des patients sont restés sous traitement médicamenteux durant moins de six mois. La figure 13 présente l'évolution du nombre de patients durant les trois années.

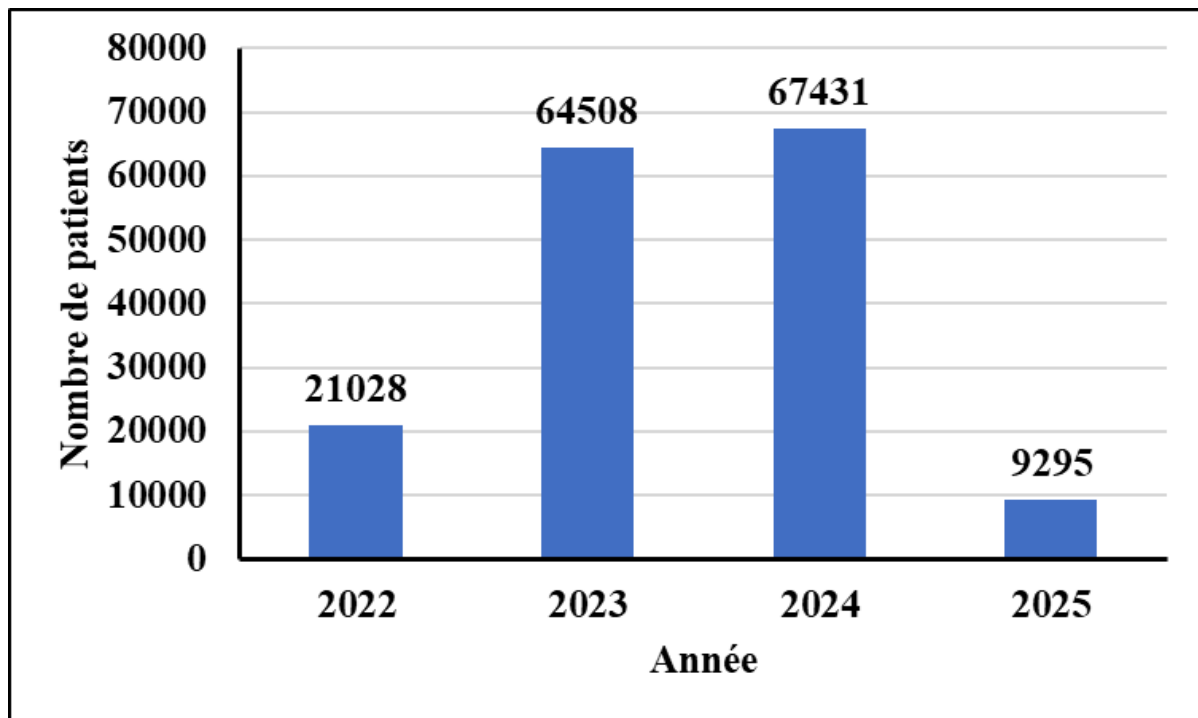


Figure 13 : Evolution du nombre de patients

Sur les trois années, près de 60 % des patients sont restés sous traitement médicamenteux durant moins de six mois. La durée de suivi du traitement se présente comme suit :

Tableau 5 : Répartition suivant la durée du traitement

Durée du traitement	Nombre	P(%)
Moins de 6 mois	62111	58,96
6 mois à 1 an	8517	8,08
1 an à 2 ans	20078	19,06
2 ans à 3 ans	10281	9,76
Plus de 3 ans	4359	4,14
Total	105346	100

1.5. Taux d'abandon précoce

Le taux d'abandon précoce représente le taux de patients, n'ayant pas poursuivi le traitement après une seule consultation. Dans notre étude, ce taux se présente ainsi :

Tableau 6 : Taux d'abandon précoce

Nombre d'abandon précoce	Taux d'abandon précoce
--------------------------	------------------------

Masculin	23806	22,6
Féminin	25401	24,11
Total	49207	46,71

1.6. Prescriptions médicamenteuses

La figure 14 présente la répartition des médicaments antidiabétiques les plus prescrits (les 10 médicaments les plus prescrits) aux patients bénéficiaires de l'AMO. Les molécules figurant dans le top 10 des médicaments prescrits sont donc l'insuline, le gliclazide, l'association metformine/vildagliptine, l'association metformine/glibenclamide, la metformine en monothérapie, l'association metformine/glimépiride. Les classes thérapeutiques les plus utilisées dans le traitement du diabète au Mali sont donc l'insuline, les biguanides (metformine) et les associations biguanides/sulfamides hypoglycémiantes ou biguanides/gliptine.

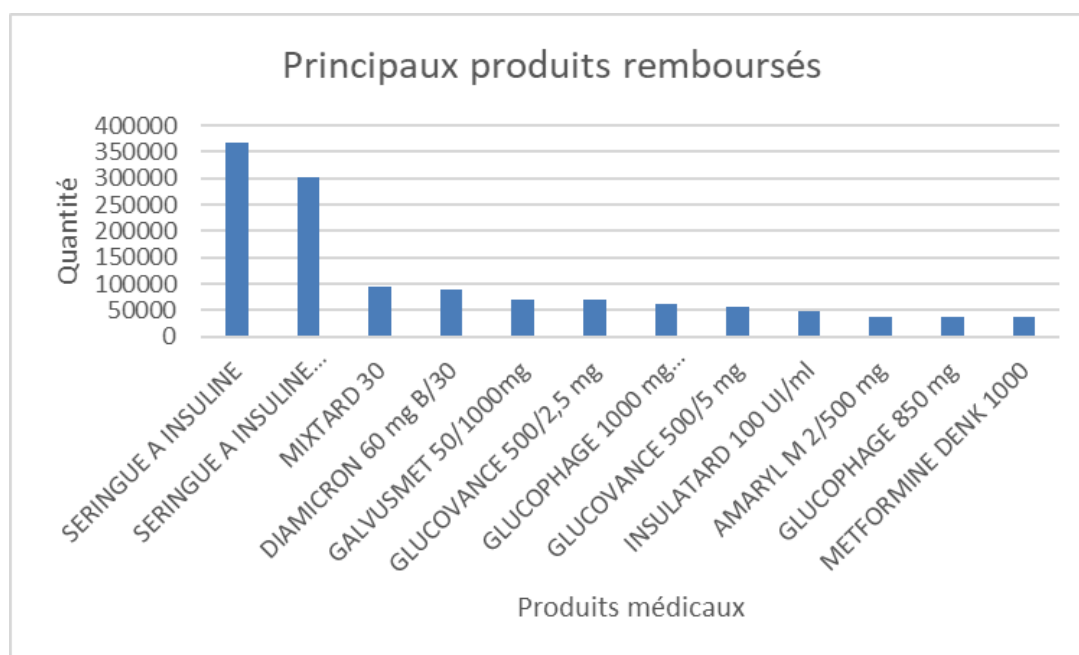


Figure 14 : Répartition des médicaments antidiabétiques les plus prescrits

1.7. Dépense moyenne par patient

Le coût moyen annuel par patient pour l'AMO pour les médicaments antidiabétiques variait entre 25051,10 F CFA et 32727,34 F CFA.

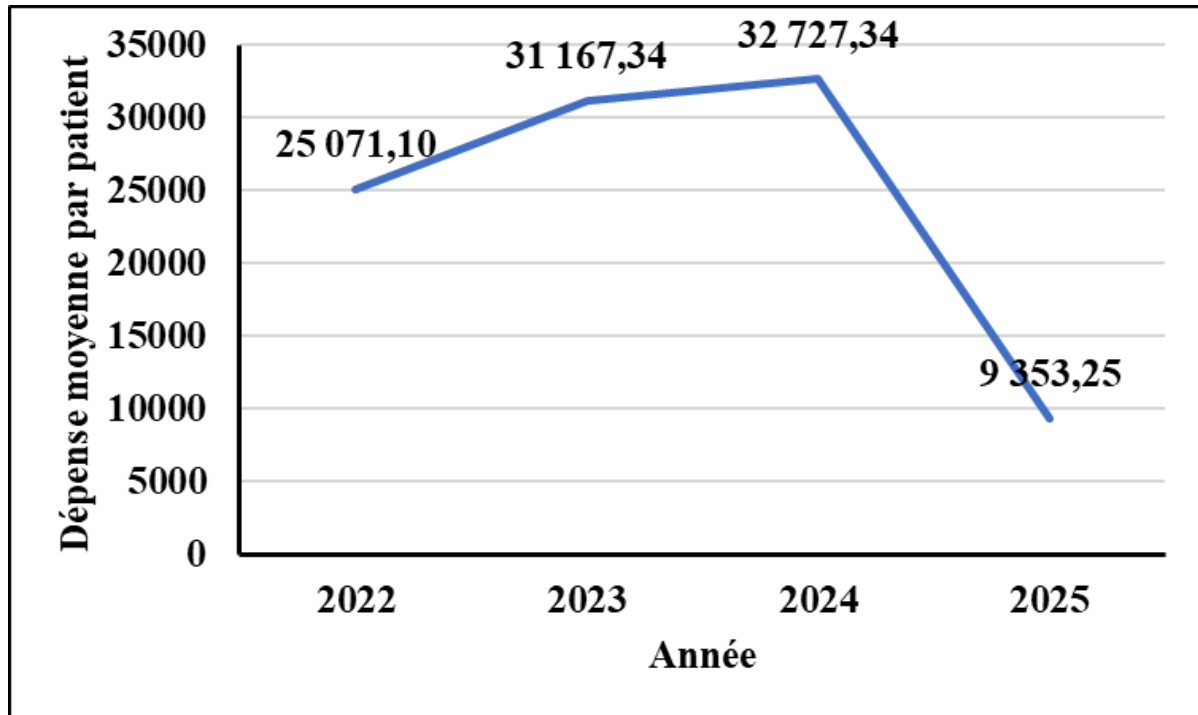


Figure 15 : Dépense moyenne annuelle par patient

II - Le Régime d'assistance médicale (Ramed)

Les données du Ramed recueillies allaient de 2019 à 2025. Au total, 176 patients atteints de diabète ont été ressortis de la base après extraction des données.

2.1. Répartition selon le sexe

La répartition selon le sexe des patients atteints de diabète affiliés au Ramed de 2019 à 2025 se présente comme suit :

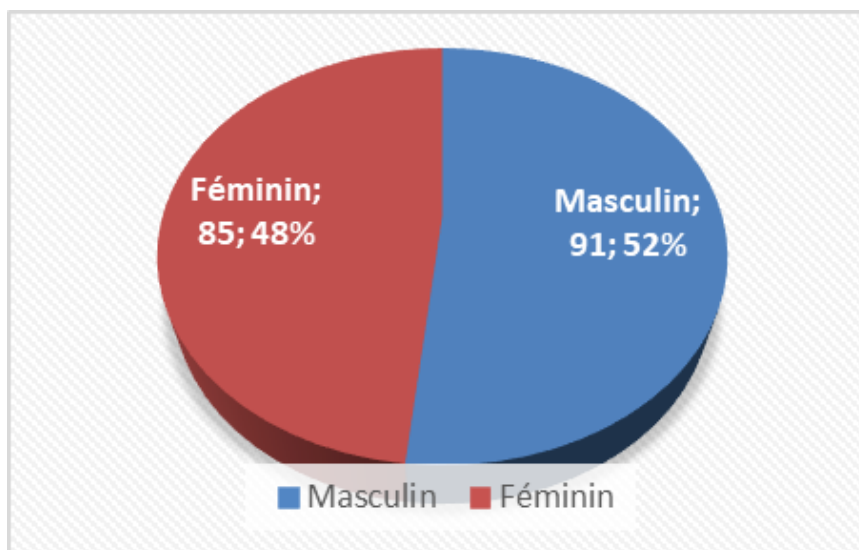


Figure 16 : Répartition suivant le sexe

2.2. Volume et coût des remboursements effectués

Sur la période de 2019 à 2025, le nombre de médicaments antidiabétiques prescrits et remboursés était de 570 antidiabétiques oraux pour un montant de 62485 F CFA, 148 insulines pour un montant de 708845 F CFA et 1594 dispositifs médicaux (seringues et aiguilles) pour un montant de 214370 FCFA. Le coût total remboursé par le Ramed en termes de médicaments était de **1 548 074 F CFA**.

Les figures ci-dessous présentent l'évolution du montant remboursé au fil des années et la répartition.

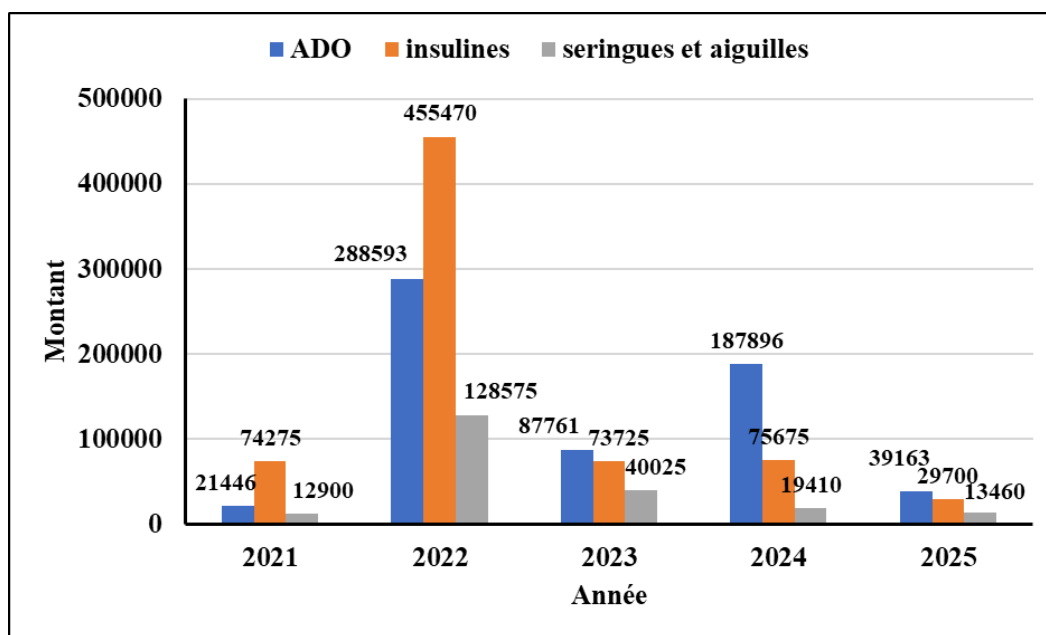


Figure 17 : Evolution du montant remboursé par année

2.3. Délai de liquidation

La figure 14 ci-dessous présente les délais de liquidations des prestations du Ramed liés à la prise en charge du diabète. Ainsi, 19,6 % des prestations sont liquidées dans un délai de 3 mois et 34,6 % entre 3 et 6 mois.

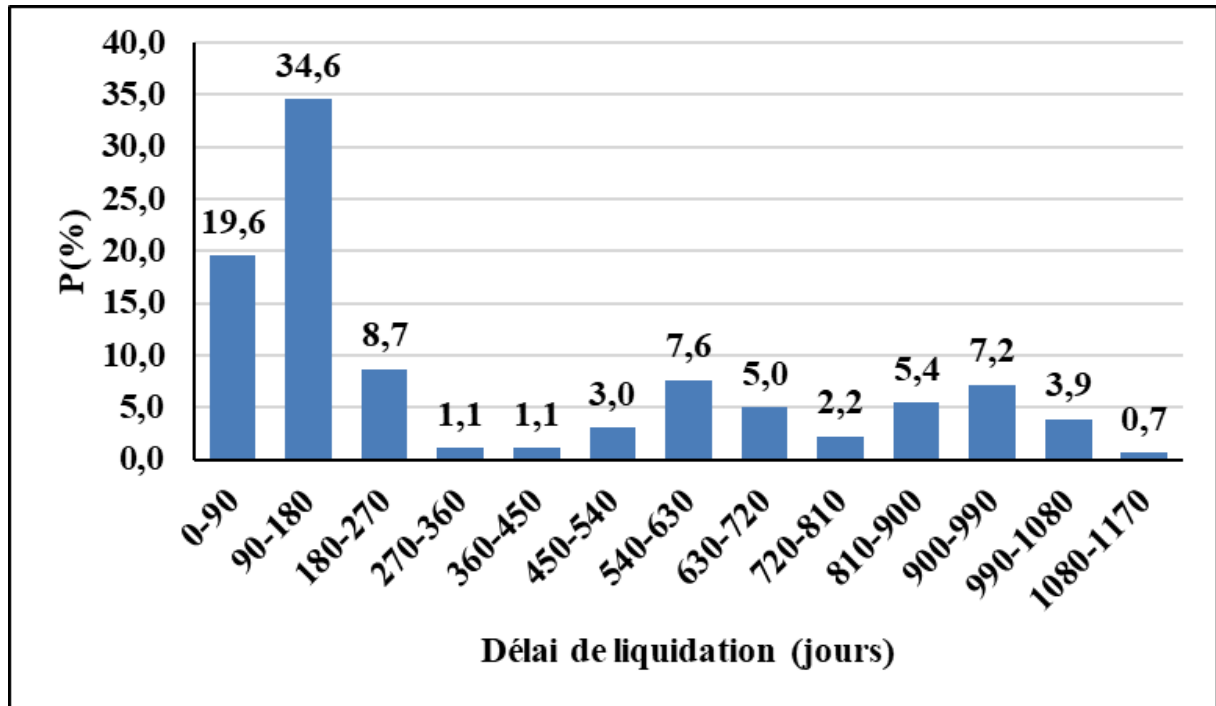


Figure 18 : Délais de liquidation (jours)

2.4. Evolution du nombre de patients et suivi du traitement

Le nombre de patients atteints de diabète a connu une augmentation considérable en 2022 suivie d'une baisse considérable en 2023 et 2024. La figure 19 ci-dessous présente l'évolution du nombre de patients atteints de diabète bénéficiaires du Ramed :

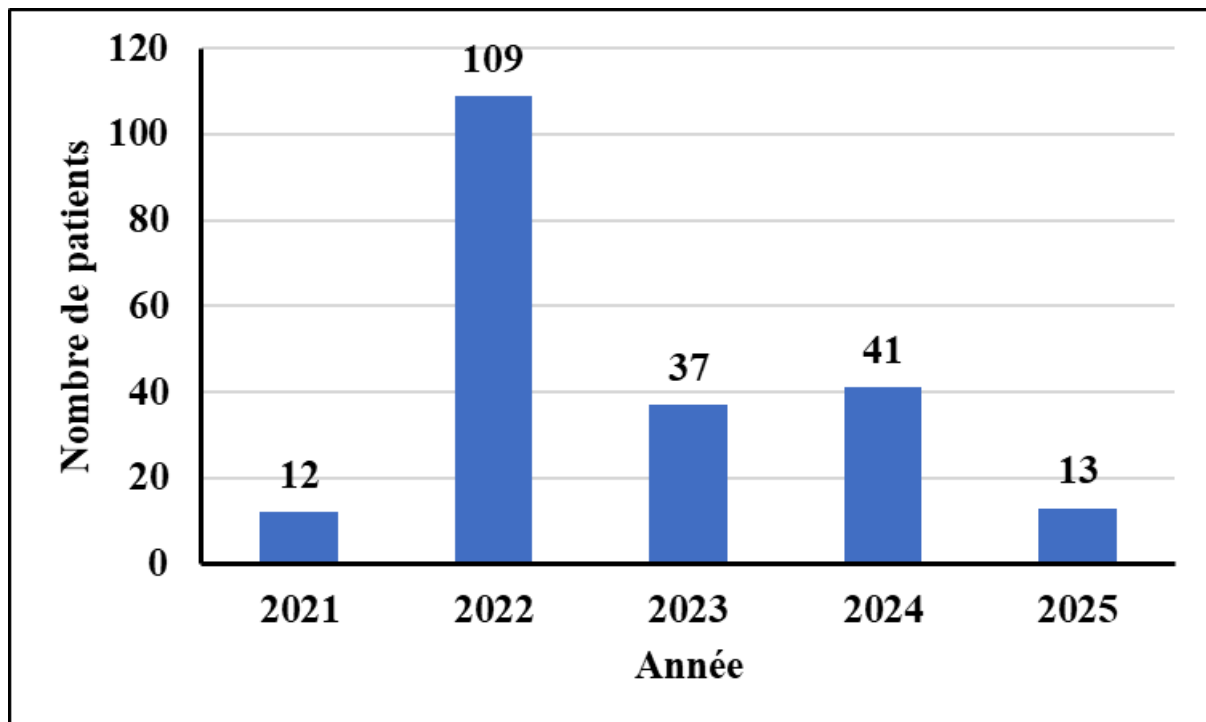


Figure 19 : Evolution du nombre de patients (Ramed)

Selon les données recueillies, plus du tiers des patients atteints de diabète affilié au Ramed poursuivent leur traitement pendant moins de six mois. Le tableau 7 ci-dessous montre la répartition suivant la durée du traitement.

Tableau 7 : Répartition suivant la durée du traitement

Durée du traitement	Nombre	P(%)
Moins de 6 mois	147	83,52
6 mois à 1 an	9	5,11
1 an à 2 ans	13	7,39
2 ans à 3 ans	5	2,84
Plus de 3 ans	2	1,14
Total	176	100

2.5. Fréquence des consultations

Les fréquences de consultations des patients atteints de diabète bénéficiaires du Ramed sont présentées dans la figure 20 ci-dessous. On remarque que le nombre moyen de consultations des patients est assez constant avec une légère diminution du nombre entre 2023 et 2024.

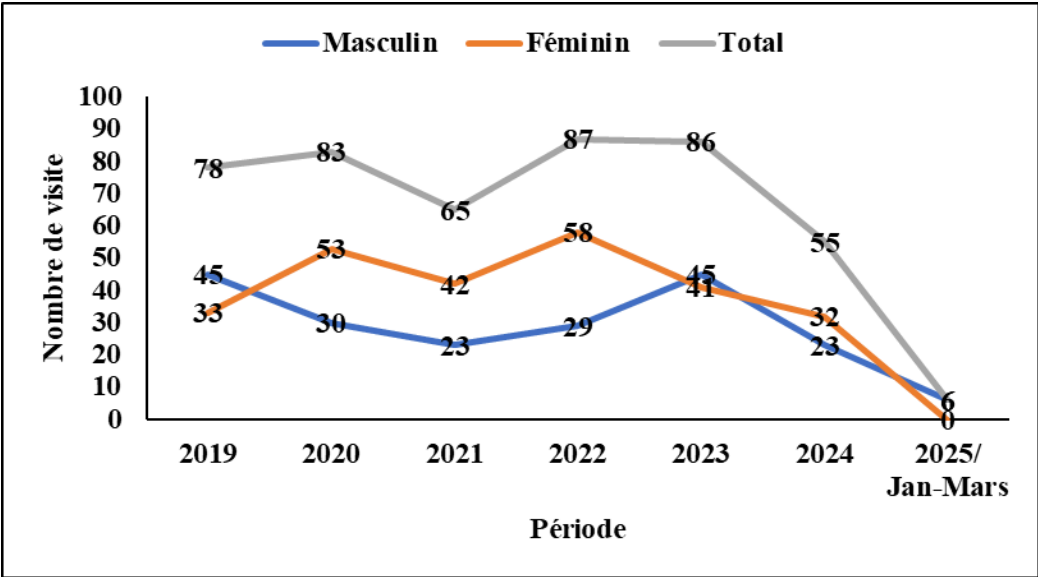


Figure 20 : Evolution du nombre de visites par année selon le sexe

2.6. Taux d’abandon précoce

Le taux d’abandon précoce représente le nombre de patients ayant abandonné les soins après la première prescription. Parmi les bénéficiaires du Ramed, 68,75 % des patients atteints de diabète abandonnaient précocement le traitement.

Tableau 8 : Taux d’abandon précoce

	Nombre de cas d'abandon précoce	Taux d'abandon précoce
Masculin	67	38,06
Féminin	54	30,69
Total	121	68,75

2.7. Prescriptions remboursées

La figure 16 présente la répartition des médicaments antidiabétiques et dispositifs remboursés par l’Anam pour le Ramed sur la période. On observe qu’il s’agit principalement des seringues à insuline, de l’insuline et de la metformine.

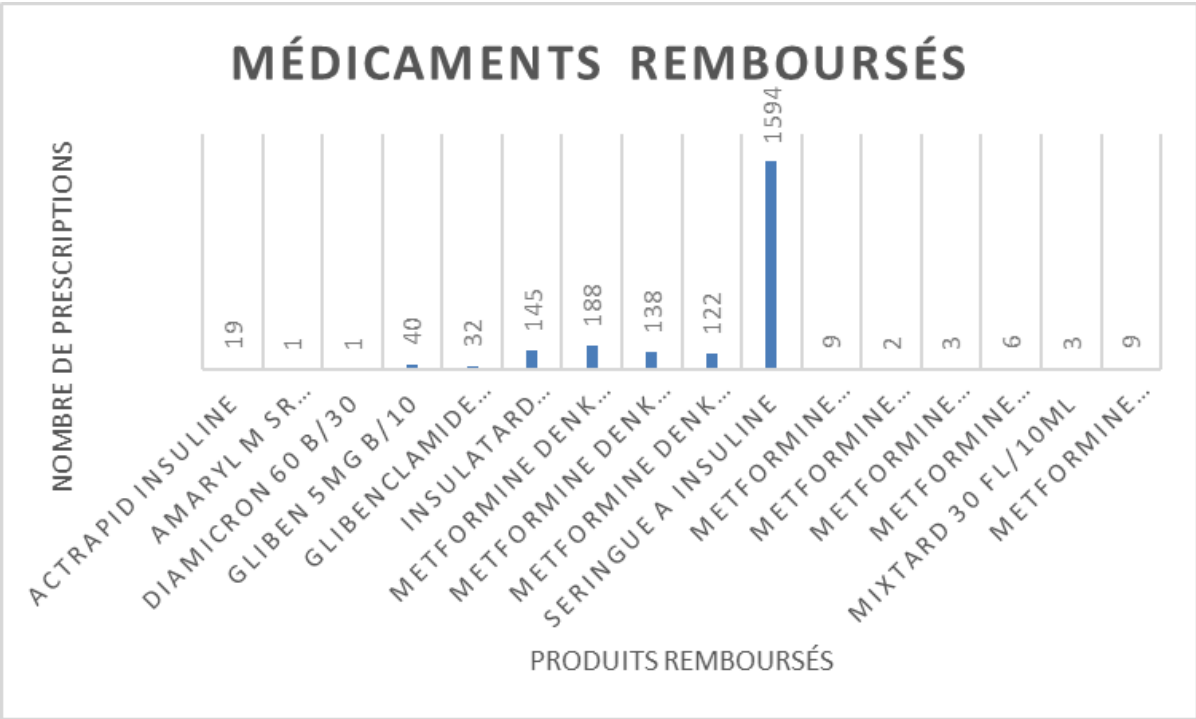


Figure 21 : Répartition des produits remboursés par le Ramed

2.8. Dépense moyenne annuelle par patient

Le montant moyen des dépenses du Ramed en médicaments antidiabétiques par patient se présente comme suit :

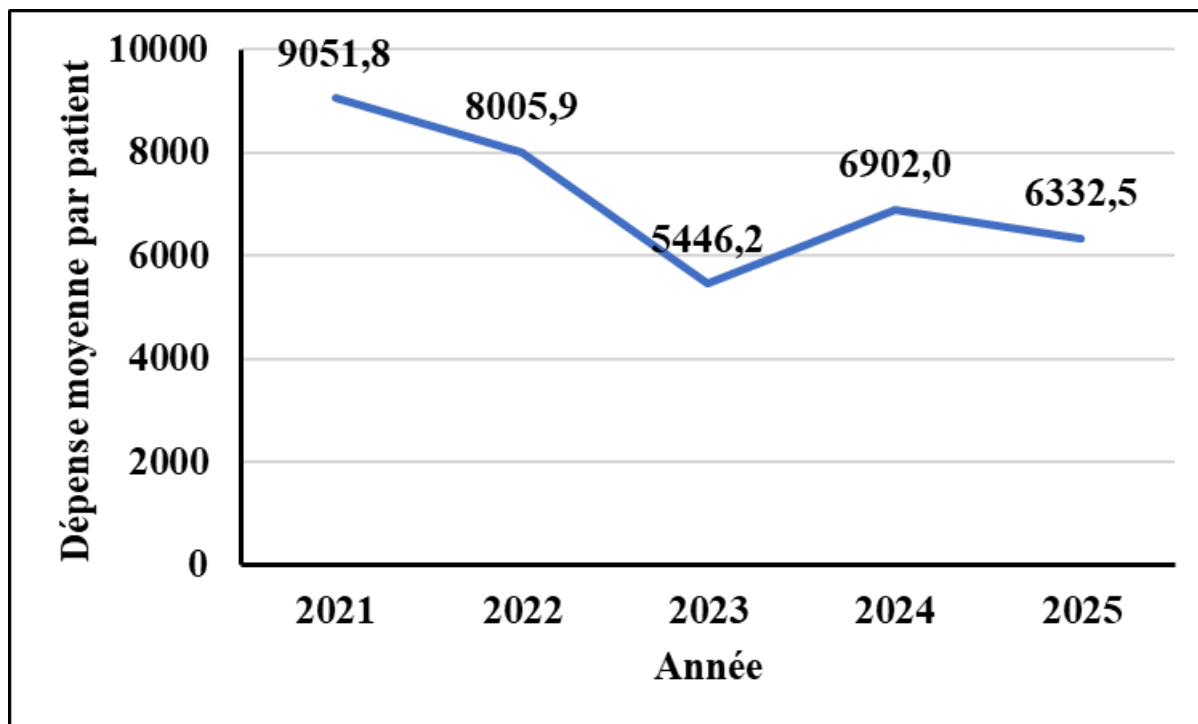


Figure 22 : Evolution de la dépense moyenne annuelle par patient (Ramed)

5. Discussion

Cette étude avait pour objectif d'étudier l'impact et les défis de la mise en oeuvre de l'assurance maladie obligatoire et le Régime d'assistance médicale sur la prise en charge des patients atteints de diabète au Mali d'une part à travers le point de vue des patients, des professionnels de santé et des responsables institutionnels et d'autre part à travers l'analyse des données secondaires de remboursements des prestations des deux régimes d'assurance pour les patients atteints de diabète. Les résultats démontrent des avancées importantes, notamment dans l'accès aux soins grâce à une meilleure accessibilité financière mais aussi des défis structurels qui limitent l'efficacité du dispositif.

Impact et défis de l'AMO sur l'accès aux soins des patients atteints de diabète

Les résultats de cette étude montrent que l'AMO a permis aux patients atteints de diabète d'accéder aux différents actes médicaux entrant dans le cadre de leur prise en charge qu'ils s'agissent des consultations, des examens radiologiques ou biologiques, de leurs médicaments et même de la prise en charge des complications survenues. Ceci explique le

faible taux de renoncement aux soins (17 %) ainsi que le faible taux d'apparition des complications. En effet, les $\frac{3}{4}$ des patients interviewés n'ont pas eu de complications du diabète et 63 % des patients ont déclaré ne pas pouvoir continuer à se soigner correctement sans l'AMO. Ces résultats reflètent la satisfaction exprimée des patients (80 % de patients globalement satisfaits) vis-à-vis de l'AMO. Les professionnels de santé confirment ce fort impact de l'AMO dans la prise en charge du diabète. Pour eux, l'AMO permet véritablement un suivi recours aux soins et un suivi régulier des patients. Ceci confirme le rôle de facilitation de l'accès aux soins basé sur le principe de la solidarité en soulageant le fardeau des ménages tel que défini par l'institution qui la porte, notamment la Canam. Les éléments de satisfaction étaient le coût réduit des prestations grâce au tiers payant, la qualité de l'accueil et des services du personnel. Nos résultats concordent avec ceux de *Guindo Oumar et al.* qui trouvaient que la majorité des usagers de l'hôpital Gabriel Touré et du CSREF I étaient globalement satisfaits de la mise en œuvre de l'AMO. Pour *Guindo Oumar et al.*, 78,5 % des patients étaient satisfaits de la qualité de l'accueil contre 76 % dans notre étude et 94,5 % des usagers étaient satisfaits de la qualité des soins contre 80 % pour notre étude (52). Ces résultats diffèrent légèrement de ceux de *SB Dembélé et al.* qui n'ont trouvé qu'un niveau de satisfaction globale de 52,9 %. Par ailleurs, les données quantitatives recueillies montrent un volume important de médicaments antidiabétiques remboursés et une durée moyenne de suivi significative. Ces résultats concordent avec les études réalisées par *Ajibola et al.* ainsi que *Attoye et al.* au Nigéria qui montraient que les patients bénéficiaires d'une assurance nationale présentaient un meilleur recours aux soins, un meilleur contrôle glycémique et une meilleure observance thérapeutique que les patients qui payaient de leur propre poche (53,54). Les ADO dominaient en volume de prescription, ce qui est attendu parce qu'ils sont utilisés en première intention dans le diabète de type 2. Cependant le poids budgétaire qu'ils représentent pourrait certainement être amoindri par une utilisation préférentielle des génériques que des spécialités qui représentent 73 % des médicaments remboursés actuellement. L'étude de Blanchet et al., bien que n'étant pas spécifique au diabète démontrait également que les bénéficiaires de l'assurance maladie nationale (NHIS) au Ghana recouraient beaucoup plus aux soins de santé et suivaient leur traitement que les non-assurés (55). L'impact positif de l'assurance est donc reconnu, mais seulement chez les patients bénéficiaires de l'AMO, dans le cas de notre étude. Ceci pose la question de l'équité de l'accès aux soins pour la population malienne puisque moins de 20% de la population malienne bénéficie de l'AMO. Il convient de noter que l'AMO améliore l'accès aux soins des patients en réduisant les coûts et le fardeau des ménages, cependant elle n'élimine pas le reste à charge qui demeure important pour une partie des bénéficiaires. 17 % des patients interviewés ont reconnu avoir déjà eu à renoncer à un soin ou un médicament à cause du coût malgré la part de l'AMO. De même, 13 % des patients interrogés arrivaient très difficilement à payer le ticket modérateur et 17 % y arrivaient difficilement. Ceci pourrait expliquer le taux d'abandon précoce paradoxalement élevé (46,71 %) obtenu à partir des

données de l'AMO ainsi que la durée de suivi de traitement qui était de moins de six mois pour la moitié des patients atteints de diabète bénéficiaires de l'AMO. Les facteurs culturels pourraient bien sûr être un facteur d'abandon des soins tels que la séduction par les bols magnétiques ou les tradipraticiens, tels que rapportés par un médecin. Ces différents facteurs mettent en exergue les limites de l'AMO dans l'accès aux soins de la population. En outre, ce taux d'abandon précoce déterminé par le non-renouvellement des médicaments antidiabétiques pourrait également être simplement le signe d'une stabilisation des patients ayant conduit à un traitement non médicamenteux notamment par mesures hygiéno-diététiques. Ceci traduirait au contraire un impact positif important de l'AMO sur l'équilibre glycémique des patients. Les différents entretiens ont mis en évidence de nombreux défis qui limitent l'efficacité de l'AMO. Les longues files d'attente, les difficultés de mise à jour des cartes, et la complexité des procédures telles que déplacer le malade quelque soit son état pour apposer son empreinte, les déplacements pour l'obtention d'un accord préalable pour certains produits sont des obstacles fréquents rapportés par les patients et les professionnels de santé. Ces obstacles sont de nature à décourager certains patients qui préfèrent abandonner parfois le traitement ou se rabattre sur un traitement moins efficace ne nécessitant pas l'accord préalable ou un traitement qu'ils peuvent se payer directement. Ces obstacles limitent l'accessibilité effective aux soins ou tout au moins la retardent et diminuent la qualité de la prise en charge. Ces résultats s'alignent avec ceux de *Guindo oumar et al.* qui retrouvent 75,5 % des usagers de l'AMO non satisfaits du temps d'attente (52). D'autres défis limitent également l'AMO et pourraient même menacer sa pérennité. Il s'agit principalement des fraudes ou des abus. Ces fraudes peuvent s'expliquer par la mal compréhension du système assurantiel par la population ou les assurés ou encore par l'exclusion d'une partie de la population. L'AMO n'étant destiné qu'aux travailleurs du secteur formel, représentant une très petite partie de la population malienne, le reste de la population étant exclue pourrait chercher à en profiter par des moyens détournés en complicité avec les assurés et même les agents de santé. Pourtant, cela constitue une menace à la pérennisation de l'AMO puisque les recettes ne couvriront plus les dépenses. Les projections actuarielles prévoient déjà le déficit de la balance pour 2028 et l'épuisement des réserves de la Canam d'ici à 2033. Ceci pose le problème majeur de la survie du régime comme le cas du CBHI (Community based health insurance) du Rwanda qui souffre d'une d'un déficit financier chronique alors qu'elle était proche de la couverture santé universelle (56). L'élargissement de la base contributive à travers le Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) prévue par la Canam semble être cohérente et bienvenue pour régler le problème de financement mais aussi aller vers la couverture maladie universelle pour un meilleur accès aux soins de la population malienne en général et des patients atteints de diabète en particulier. Ces défis concordent totalement avec ceux des études antérieures réalisées par *Arkorful et al.* en 2018 au Ghana (57).

Impact et défis du Ramed pour les patients atteints de diabète

L'enquête de terrain durant trois mois n'a permis de rencontrer aucun patient atteint de diabète dans les formations sanitaires enquêtées. Les agents de santé interrogés ne se souviennent d'avoir reçu que 1 à 2 patients durant leur exercice au cours des dernières années. Pourtant, les données de l'Anam ont permis de dénombrer 176 patients atteints de diabète affiliés. Ceci traduit une très faible couverture du Ramed chez les patients atteints de diabète au regard de la prévalence du diabète au Mali et/ou un manque d'efficacité du Ramed conduisant les patients affiliés à abandonner le suivi. La durée d'affiliation au Ramed étant limitée à 3 ans et non renouvelable et les données recueillies couvrant la période de 2019 à 2025, une partie des bénéficiaires initiaux a vraisemblablement quitté le dispositif. Ceci laisse deviner un nombre considérablement réduit de patients atteints de diabète actuellement bénéficiaires du régime et pourrait expliquer l'impossibilité de retrouver un patient atteint de diabète durant l'enquête. Ce décalage entre le nombre de bénéficiaires identifiés dans les données administratives de l'Anam et l'absence quasi-totale de patients sur le terrain suggère que le Ramed n'atteint pas efficacement les patients atteints de maladie chronique comme le diabète. Par ailleurs, la durée d'affiliation limitée à trois ans est particulièrement inadaptée pour des patients atteints de maladies chroniques comme le diabète nécessitant un suivi sur le long terme. Cela compromet la continuité des soins et réduit considérablement l'impact que pourrait avoir le RAMED sur l'accès aux soins des patients. Les entretiens avec les professionnels de santé ont révélé des difficultés d'affiliation des patients en situation de vulnérabilité qu'ils orientent vers l'Anam et la faible disponibilité des médicaments essentiels entrant dans la prise en charge des patients atteints de diabète. Les patients doivent faire de nombreux déplacements infructueux pour avoir accès à quelques médicaments en DCI qui pourraient être disponibles dans les pharmacies hospitalières, sachant que les médicaments antidiabétiques sont rarement accessibles dans les pharmacies hospitalières et parfois pour avoir accès aux soins dans certaines structures prétextant la non-disponibilité des fiches Ramed permettant de fournir les soins aux bénéficiaires. Ces témoignages démontrent que le Ramed n'apporte pas une réponse effective aux besoins des patients atteints de diabète qui en sont bénéficiaires. Les données de l'Anam montrent que 83 % des patients arrêtent leur suivi avant six mois et près de 69 % ne renouvellent pas leur prescription après la première délivrance. Cet abandon massif laisse comprendre que le Ramed n'offre pas un parcours de soins attractif aux bénéficiaires qui préfèrent renoncer malgré leur situation d'indigence. La répartition des médicaments remboursés montre également que les produits remboursés sont principalement les seringues à insuline, quelques boîtes ou plaquettes de metformine et de l'insuline avec une prédominance des ADO, la metformine principalement. Ces résultats corroborent les constats de l'analyse qualitative quant à l'accessibilité limitée aux médicaments aux soins et l'inefficacité pratique du régime à répondre effectivement aux besoins des patients atteints de diabète. Ils mettent en évidence la nécessité de réformes profondes pour répondre à

l'objectif de création du Ramed qui veut que "personne ne meure faute de moyens". Le fort taux de prestations liquidées en 2022 et la fréquence des consultations suggèrent que le régime fonctionnait assez-bien jusqu'en 2022. Cependant, on constate une tendance décroissante depuis 2023. Ceci pourrait s'expliquer par la situation socio-économique actuelle du Mali entraînant un défaut de financement par l'Etat. La croissance du nombre de personnes atteintes de diabète par l'Anam entre 2021 et 2022 concorde avec l'augmentation du nombre de personnes indigentes immatriculées et prises en charge médicalement par le Ramed de 2020 à 2022 documentée par Doumbia et al. en 2024. Ils montrent également que malgré un pourcentage d'évolution de 36,44 % du nombre de personnes immatriculées et pris en charge de 2022 à 2023, il y a eu 0 % d'évolution des subventions de l'Etat et des collectivités locales dont dépend exclusivement l'Anam (58). Ce défaut de moyens financiers pourrait expliquer la faible performance du Ramed en ce qui concerne les patients atteints de diabète. L'Etat malien doit réformer le Ramed en le dotant des moyens financiers représentant le premier défi du Ramed pour permettre que le Ramed réponde à sa mission. La difficulté à définir et à identifier les indigents soulignée par certains de nos répondants constitue également une limite à l'impact du Ramed en excluant certains "vrais indigents" et facilitant la fraude pour certaines personnes comme rapporté par un de nos répondants. La non-représentation de l'Anam dans les structures de santé et l'insuffisance de ressources humaines et matérielles rapportées participent également à la lenteur des processus d'affiliation et de remboursement des prestations avec pour effet, l'hésitation des structures de santé à fournir les services aux patients bénéficiaires du Ramed. Il est nécessaire de définir et d'harmoniser la notion d'indigence pour que l'action du Ramed soit ciblée et aller vers les réels ayants-droits. Ces difficultés sont également celles rapportées par Doumbia et al. dans son enquête sur le Ramed au Mali (58). L'impact et les défis du Ramed pour les patients atteints de diabète rapportés dans notre étude diffèrent cependant du cas du Maroc où le régime d'assistance médicale est également mis en place depuis 2011. D'après les travaux de *Omari et al.*, une satisfaction globale de 80,6 % avait été notée chez les bénéficiaires du Ramed au Maroc bien que 39 % des usagers étaient insatisfaits quant au délai d'attente, à la durée d'obtention de la carte RAMED et au circuit de soins. Cette différence de rendement pourrait être due à la différence de financement entre les deux régimes bien qu'ils soient tous deux un régime de gratuité. En effet, le financement du dispositif conçu pour inclure le budget de l'Etat n'ayant jamais été mis en place, les hôpitaux fonctionnent sur leurs propres fonds. Cependant, le Ramed du Maroc fait une distinction entre les personnes vulnérables qui peuvent contribuer et les "pauvres" qui ne contribuent pas ; la distinction se faisant à travers le calcul d'un score (51,59). Le Ramed au Mali devrait s'inspirer du modèle du Maroc pour une meilleure efficacité.

Limites de l'étude

- Nombre d'entretiens réduit et limité aux bénéficiaires des régimes d'assurance pour ce qui est des patients. Il aurait pu être encore plus intéressant d'interroger également les non-bénéficiaires afin de faire une analyse comparative
- Les données quantitatives recueillies auprès des structures d'assurance maladie ont été extraites à partir de la liste des médicaments antidiabétiques. Ces médicaments sont également utilisés quelques fois dans le traitement de l'obésité et du syndrome ovarien polykystique (SOPK) même si ce ne sont pas des pathologies très courantes
- La barrière de la langue (Bambara) nous a imposé l'utilisation d'un interprète traducteur, ce qui a pu altérer la qualité du discours.

6. Recommandations et conclusion

Sur la base de ces constats, les recommandations suivantes peuvent être formulées:

Pour l'AMO :

- Augmenter le nombre de guichets pour les bénéficiaires dans les CSREFs, et les EPH sur tout le territoire national
- Mettre en place un cadre de concertation entre médecins, associations des patients et la Canam pour recueillir les difficultés et faciliter la gestion des cas
- Rallonger le délai de mise à jour des cartes et doter les hôpitaux des dispositifs nécessaires pour les mises à jour
- Élargir la liste des dispositifs médicaux liés au diabète, notamment les insulines analogues et les glucomètres avec les bandelettes
- Digitaliser l'accord préalable nécessaire pour certains produits comme les insulines analogues
- Mettre en place les ordonnances de trois mois pour les maladies chroniques afin de réduire les déplacements des patients et réduire la charge des agents de santé
- Digitaliser la validation des ordonnances pour réduire les délais de traitements et de remboursement pour une fluidité du dispositif
- Accélérer la mise en œuvre du RAMU pour étendre l'accès à toute la population et assurer la pérennité de l'AMO.

Pour le RAMED :

- Définir et harmoniser la notion d'indigence à travers le calcul d'un score afin de simplifier les démarches au niveau des collectivités locales et faciliter le processus d'immatriculation
- Rechercher des financements innovants et diversifiés
- Adapter le Ramed aux maladies chroniques à travers le renouvellement de l'affiliation si aucune preuve d'une amélioration de la situation de l'indigent
- Conventionner les pharmacies privées pour la délivrance des DCI uniquement aux patients

- Former et informer les professionnels de santé quant aux procédures d'affiliation au Ramed
- Accélérer l'évolution vers le RAMU pour un panier de soins unique et la contribution de toute la population permettant d'assurer une durabilité pour le dispositif et atteindre la couverture santé universelle.

Cette étude a montré d'une part que des avancées significatives ont été réalisées au Mali en matière de sécurité sociale. L'AMO a démontré un impact indéniable dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques comme le diabète en leur offrant la possibilité d'un suivi régulier et adapté, d'une meilleure observance thérapeutique tout en allégeant le fardeau économique que cela représente sur les individus et leurs familles. Malheureusement, elle est confrontée à de nombreux défis qui limitent son efficacité. Le RAMED d'autre part, bien que représentant une avancée notable, du moins théoriquement, en matière d'accès aux soins pour les populations vulnérables et les indigents a montré un impact peu effectif et une conception inadaptée pour les maladies chroniques, le diabète le cas échéant. Des mesures correctives sont nécessaires pour un meilleur impact et la pérennité de ces dispositifs afin d'évoluer vers la couverture santé universelle.

7. Références bibliographiques

1. Les décès dus aux maladies non transmissibles sont en hausse en Afrique | OMS | Bureau régional pour l'Afrique [Internet]. 2024 [cité 4 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.afro.who.int/fr/news/les-deces-dus-aux-maladies-non-transmissibles-sont-en-hausse-en-afrique>
2. Diabetes [Internet]. [cité 18 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/health-topics/diabetes>
3. Diabète | OPS/OMS | Organisation panaméricaine de la santé [Internet]. 2024 [cité 18 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.paho.org/fr/sujets/diabete>
4. Faits et chiffres [Internet]. Fédération Internationale du Diabète. [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: <https://idf.org/fr/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
5. Afrique [Internet]. Atlas du Diabète. [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: <https://diabetesatlas.org/fr/data-by-location/region/africa/>
6. Home, Resources, diabetes L with, Acknowledgement, FAQs, Contact, et al. IDF Diabetes Atlas 2021 | IDF Diabetes Atlas [Internet]. [cité 3 avr 2025]. Disponible sur: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
7. New insights on diabetes mellitus and obesity in Africa-part 1: prevalence, pathogenesis and comorbidities - PubMed [Internet]. [cité 3 avr 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23680891/>

8. Atlas du Diabète [Internet]. [cité 18 avr 2025]. Mali. Disponible sur: <https://diabetesatlas.org/fr/data-by-location/country/mali/>
9. Diawara A, Coulibaly DM, Hussain TYA, Cisse C, Li J, Wele M, et al. Type 2 diabetes prevalence, awareness, and risk factors in rural Mali: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 6 mars 2023;13(1):3718.
10. Diawara A, Coulibaly DM, Hussain TYA, Cisse C, Li J, Wele M, et al. Type 2 diabetes prevalence, awareness, and risk factors in rural Mali: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 6 mars 2023;13(1):3718.
11. Besançon S, Fall IS, Doré M, Sidibé A, Hagon O, Chappuis F, et al. Diabetes in an emergency context: the Malian case study. *Confl Health*. 1 mai 2015;9(1):15.
12. Besançon S, Sidibe AT, Beran D, Fleury-Perkins C. The experience of the Santé Diabète NGO in the fight against diabetes in Africa. *Med Sante Trop*. 1 nov 2018;28(4):363-7.
13. Full article: The role of non-governmental organizations in strengthening healthcare systems in low- and middle-income countries: Lessons from Santé Diabète in Mali [Internet]. [cité 9 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2022.2061239>
14. Alouki K, Delisle H, Besançon S. Analyse des coûts médicaux directs des soins du diabète de type 2 au Mali. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 févr 2017;65(1):41-51.
15. Objectif de Développement Durable - Santé et Bien-Être pour tous [Internet]. Développement durable. [cité 8 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
16. Couverture sanitaire universelle (CSU) [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
17. APRIL [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Assurance Maladie : définition, rôle et fonctionnement. Disponible sur: <https://www.april.fr/complementaire-sante/guide/assurance-maladie>
18. Assurance maladie : définition, bénéficiaires et remboursement [Internet]. 2021 [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <https://goodassur.com/mutuelle-sante/assurance-maladie>
19. Note d'orientation sur l'intégration de l'équité en santé, de l'égalité des genres, de l'inclusion du handicap et des droits humains dans les évaluations de l'OMS [Internet]. [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-DGO-EVL-2023.2>
20. Loewen SL, Haas LB. Complications of diabetes: acute and chronic. *Nurse Pract Forum*. sept 1991;2(3):181-7.

21. Parker ED, Lin J, Mahoney T, Ume N, Yang G, Gabbay RA, et al. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2022. *Diabetes Care*. 1 nov 2023;47(1):26-43.
22. SciSpace - Paper [Internet]. Springer, Cham; 2020 [cité 15 mai 2025]. p. 21-34 Challenges and Economic Burden of Diabetes in Africa. Disponible sur: <https://scispace.com/papers/challenges-and-economic-burden-of-diabetes-in-africa-2hm2qgjiii>
23. Economic Impact of Diabetes in Africa. *Curr Diab Rep*. 24 janv 2019;19(2):5-5.
24. Bermudez-Tamayo C, Besançon S, Johri M, Assa S, Brown JB, Ramaiya K. Direct and indirect costs of diabetes mellitus in Mali: A case-control study. *PLOS ONE*. 18 mai 2017;12(5):e0176128.
25. Sosa-Rubí SG, Galárraga O, López-Ridaura R. Diabetes treatment and control: the effect of public health insurance for the poor in Mexico. *Bull World Health Organ*. juill 2009;87(7):512-9.
26. Myerson R, Lu T, Peters A, Fox S, Huang E. Impact of Health Insurance Policy on Diabetes Management. In: Delamater AM, Marrero DG, éditeurs. *Behavioral Diabetes: Social Ecological Perspectives for Pediatric and Adult Populations* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cité 22 juill 2025]. p. 491-504. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-030-33286-0_31
27. Langat EC, Ward P, Gesesew H, Mwanri L. Challenges and Opportunities of Universal Health Coverage in Africa: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 10 janv 2025;22(1):86.
28. Ifeagwu SC, Yang JC, Parkes-Ratanshi R, Brayne C. Health financing for universal health coverage in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *Glob Health Res Policy*. 1 mars 2021;6(1):8.
29. Carapinha JL, Ross-Degnan D, Desta AT, Wagner AK. Health insurance systems in five Sub-Saharan African countries: Medicine benefits and data for decision making. *Health Policy*. 1 mars 2011;99(3):193-202.
30. About Us [Internet]. [cité 29 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.nhis.gov.gh/about>
31. Jehu-Appiah C, Aryeetey G, Agyepong I, Spaan E, Baltussen R. Household perceptions and their implications for enrolment in the National Health Insurance Scheme in Ghana. *Health Policy Plan*. 1 mai 2012;27(3):222-33.
32. Alhassan RK, Nketiah-Amponsah E, Arhinful DK. A Review of the National Health Insurance Scheme in Ghana: What Are the Sustainability Threats and Prospects? *PLOS ONE*. 10 nov 2016;11(11):e0165151.

33. Christmals CD, and Aidam K. Implementation of the National Health Insurance Scheme (NHIS) in Ghana: Lessons for South Africa and Low- and Middle-Income Countries. Risk Manag Healthc Policy. 2 oct 2020;13:1879-904.
34. Shimeles AW Daniel Gurara,Abebe. IMF. [cité 30 mai 2025]. The Impact of Community Based Health Insurance Schemes on Out-of-Pocket Healthcare Spending: Evidence from Rwanda. Disponible sur: <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2019/02/23/The-Impact-of-Community-Based-Health-Insurance-Schemes-on-Out-of-Pocket-Healthcare-Spending-46587>
35. Musabwasoni SMG, Oudshoorn A. Considering Healthcare Insurance to Uninsured Individuals in Rwanda. Rwanda J Med Health Sci. 25 mars 2019;2(1):59-61.
36. Bank AD. مجموعة البنك الأفريقي للتنمية. African Development Bank Group; 2019 [cité 30 mai 2025]. AEC 2012 - Mutual Health Insurance and the Contribution to Improvements in Child Health in Rwanda. Disponible sur: <https://www.afdb.org/ar/documents/document/aec-2012-mutual-health-insurance-and-the-contribution-to-improvements-in-child-health-in-rwanda-29380>
37. Brown K. Implementing universal health coverage in Morocco. 14 oct 2024 [cité 1 juin 2025]; Disponible sur: <https://preserve.lehigh.edu/lehigh-scholarship/undergraduate-publications/perspectives-business-economics/perspectives-59-5>
38. Tinasti K. Morocco's policy choices to achieve Universal health coverage. Pan Afr Med J [Internet]. 2015 [cité 1 juin 2025];21(1). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/132546>
39. Gautier L, Ridde LT et V. L'adoption de la réforme du système de santé au Mali : rhétorique et contradictions autour d'un prétendu retour de la santé communautaire. 2021 [cité 9 mars 2025]; Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/chapter/la-politique-de-gratuite-des-soins-de-sante-primaire-au-mali-en-2019/>
40. Touré L, Ridde V. The emergence of the national medical assistance scheme for the poorest in Mali. Glob Public Health. janv 2022;17(1):55-67.
41. PDDSS_2014-2023 MALI.pdf.
42. Goita SO. Les difficultés de mise en place de l'assurance maladie obligatoire au Mali : le cas des enseignants du supérieur. Rev Fr Aff Soc. 26 avr 2018;(1):199-204.
43. La sécurité sociale au Mali [Internet]. [cité 21 mars 2025]. Disponible sur: https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_mali.html
44. Canam – Registre Social Unifié – Mali [Internet]. [cité 20 mars 2025]. Disponible sur: <https://rsu.gouv.ml/portail/Canam/>

45. ANAM – Registre Social Unifié – Mali [Internet]. [cité 21 mars 2025]. Disponible sur: <https://rsu.gouv.ml/portail/anam/>
46. Deville C, Hane F, Ridde V, Touré L. La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018 [Internet]. CEPED; 2018 oct [cité 9 mars 2025] p. 34. Report No.: Working Paper du Ceped #40. Disponible sur: <https://hal.science/hal-04146121>
47. Kante M. Enquête de satisfaction des assurés AMO au niveau de deux Centre de Santé de Référence du District de Bamako. 2015 [cité 24 juin 2025]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/789>
48. Touré L, Ridde V. Au Mali, la mise en œuvre du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) est confrontée à des difficultés largement imputables à son montage institutionnel et technique initial.
49. Bingué S Moussa Dembélé, Souleymane, Dianessy, Yely G Abdou. Evaluation de la satisfaction des bénéficiaires des prestations de l'AMO à l'hôpital de district de la commune IV de Bamako au Mali. Health Sci Dis. juill 2024;25(7):54-9.
50. Berthe M. Enquête De Satisfaction Des Usagers AMO A L'hôpital Gabriel TOURE Et Au Centre De Santé De Référence De La Commune 1 En 2018. Sch J Appl Med Sci [Internet]. 1 janv 2020 [cité 15 mars 2025]; Disponible sur: https://www.academia.edu/118745425/Enqu%C3%AAt%20De_Satisfaction_Des_Usagers_AMO_A_L_h%C3%B4pital_Gabriel_TOURE_Et_Au_Centre_De_Sant%C3%A9_De_R%C3%A9f%C3%A9rence_De_La_Commune_1_En_2018
51. Omari M, Maiouak M, Bahra N, Benmaamar S, Otmani N, Fakir SE, et al. P047 - Evaluation de la satisfaction des bénéficiaires du régime d'assistance médicale des soins offerts par ce système. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 mai 2023;71:101689.
52. Guindo O, Diallo MH, Niambele M, Coulibaly A, Sogoba M, Berthe M, et al. LA MISE EN OEUVRE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU MALI, DÉFIS ET PERSPECTIVES. Rev Malienne Sci Technol. 29 déc 2019;(22):38-44.
53. Ajibola SS, Timothy FO. The Influence of National Health Insurance on Medication Adherence Among Outpatient Type 2 Diabetics in Southwest Nigeria. J Patient Exp. 1 juin 2018;5(2):114-9.
54. Attoye TE, Adebobola PA, Inem V. An Assessment of Glycaemic Control and Modes of Health Financing among Type 2 Diabetic Patients Attending a Teaching Hospital in South-western Nigeria. West Afr J Med. 1 juill 2020;37(3):237-47.
55. Blanchet NJ, Fink G, Osei-Akoto I. The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilisation. Ghana Med J. juin 2012;46(2):76-84.

56. Nyandekwe M, Nzayirambaho M, Kakoma JB. Universal health insurance in Rwanda: major challenges and solutions for financial sustainability case study of Rwanda community-based health insurance part I. *Pan Afr Med J.* 14 sept 2020;37:55.
57. Arkorful VE, Basiru I, Amadu L, Hammond A, Pokuaah S, Agyei EK, et al. Public Social Policy Efficacy Assessment: Operational Challenges of the Health Insurance Scheme in Ghana. *J Public Policy Adm.* déc 2018;2(4):71-83.
58. Doumbia O dit T, Keita AB, Keita A. FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES INDIGENTS DE L'ANAM : CAS DE RAMED. *Rev Int Sci Gest [Internet].* 11 mai 2025 [cité 24 juin 2025];8(2). Disponible sur: <https://revue-isg.com/index.php/home/article/view/1983>
59. Ferrié JN, Omary Z, Serhan O. Le Régime d'assistance médicale (RAMed) au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme. *Rev Fr Aff Soc.* 26 avr 2018;(1):125-43.

8. Liste des illustrations

Figure 1: Cadre conceptuel de l'impact et des défis de la mise en oeuvre de l'assurance maladie (AMO et RAMED) pour les patients atteints de diabète au Mali.....	18
Figure 2 : Mécanisme d'adhésion des patients.....	24
Figure 3 : Services couverts par l'AMO.....	25
Figure 4 : Renoncement aux soins.....	25
Figure 5 : Survenue des complications.....	26
Figure 6 : Difficultés dans l'utilisation de l'AMO.....	27
Figure 7 : Capacité de paiement du ticket modérateur.....	28
Figure 8 : Suggestions des patients pour l'AMO.....	29
Figure 9 : Nombre de prescriptions liquidées par année.....	38
Figure 10 : Montant global liquidé par année.....	38
Figure 11 : Répartition des médicaments selon le type.....	39
Figure 12 : Répartition suivant le délai de liquidation.....	40
Figure 13 : Evolution du nombre de patients.....	41
Figure 14 : Répartition des médicaments antidiabétiques les plus prescrits.....	42
Figure 15 : Dépense moyenne annuelle par patient.....	43
Figure 16 : Répartition suivant le sexe.....	44
Figure 17 : Evolution du montant remboursé par année.....	44
Figure 18 : Délais de liquidation (jours).....	45
Figure 19 : Evolution du nombre de patients (Ramed).....	46
Figure 20 : Evolution du nombre de visites par année selon le sexe.....	47
Figure 21 : Répartition des produits remboursés par le Ramed.....	48
Figure 22 : Evolution de la dépense moyenne annuelle par patient (Ramed).....	48

9. Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques.....	23
Tableau 2 : Profil sanitaire des patients.....	24
Tableau 3 : Impact économique du diabète sur les patients.....	28
Tableau 4 : Caractéristiques socio-démographiques des patients atteints de diabète au Mali...	36
Tableau 5 : Répartition suivant la durée du traitement.....	41
Tableau 6 : Taux d'abandon précoce.....	41
Tableau 7 : Répartition suivant la durée du traitement.....	46
Tableau 8 : Taux d'abandon précoce.....	47

10. Annexes

10.1. Questionnaires d'enquête

Guide d'entretien individuel approfondi – Patients diabétiques

Introduction :

Bonjour et merci d'avoir accepté cet entretien. Nous menons une étude qui vise à comprendre l'impact et les défis de la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) chez les patients atteints de diabète à Bamako.

Toutes les informations que vous partagerez resteront confidentielles et seront utilisées exclusivement à des fins de recherche.

1. Profil du participant

- Quel est votre âge et votre situation familiale ?
- Quelle est votre activité professionnelle ?
- Depuis combien de temps (en nombre d'années) vivez-vous avec le diabète ?
- Êtes-vous actuellement sous traitement régulier ? (par la médecine conventionnelle)
- Êtes-vous actuellement sous traitement de médecine traditionnelle additionnellement ?

2. Expérience avec l'assurance maladie (AMO ou RAMED)

- De quel type d'assurance bénéficiez-vous (AMO ou RAMED) ? Depuis quand (durée = nombre d'années) ?

- Comment avez-vous été affilié(e) à cette assurance ?
- Quels soins ou services avez-vous pu recevoir grâce à cette couverture ?
 - o Consultations (préciser diabétologue et autres spécialistes si besoin)
 - o hospitalisation
 - o examens de laboratoire
 - o autres examens dans la cadre de suivi (imagerie etc.)
 - o médicaments
 - o etc....
- Est-ce que vous avez déjà eu des difficultés pour accéder aux soins avec cette assurance ? Si oui, lesquelles ?
 - o Géographiques
 - o Financiers
 - o Disponibilité
 - o etc...

3. Accès aux soins et qualité de la prise en charge

- Estimez-vous que votre assurance facilite l'accès aux soins pour votre diabète ?
 - o Soins de base, soins spécialisés
 - o Suivi régulier
 - o Accès aux médicaments
- Les consultations, examens et médicaments sont-ils bien pris en charge ?
 - o Quelle est la prise en charge pour les consultations ?
 - o Quelle est la prise en charge pour les examens ?
 - o Quelle est la prise en charge pour les médicaments ?
 - o Est-ce qu'il y a d'autres choses prises en charge ?
 - o Est-ce qu'il y a des choses non prises en charge ?
- Avez-vous déjà renoncé à certains soins faute de couverture ou à cause des coûts ?
 - o Couverture : disponibilité de l'offre (exemple) ou non
 - o coûts
- Avez-vous eu des complications liées au diabète ? Ont-elles été prises en charge par votre assurance ?

- Si oui détaillez ce qui a été pris en charge ?
- Si non détaillez ce qui n'a pas été pris en charge ?
- Êtes-vous satisfait(e) de la qualité des soins reçus grâce à votre assurance ? Pourquoi ?
- Comment jugez-vous l'accueil et le traitement que vous recevez dans les structures sanitaires lorsque vous présentez votre assurance (AMO ou RAMED) ?

4. Défis rencontrés avec l'assurance maladie

- Quelles sont, selon vous, les principales difficultés dans l'utilisation de votre assurance ?

(Ex. : remboursement lent, refus de prise en charge, rupture de médicaments, etc.)

- Devez-vous payer une partie des frais de prise en charge ? Si oui, lesquels ? Y arrivez-vous facilement ?

5. Impact économique de la maladie et de l'assurance

- Le diabète a-t-il un impact sur votre travail ou vos revenus ? Expliquer
- Est-ce que l'assurance maladie a permis de réduire vos dépenses ? Comment ?
- Selon vous, seriez-vous capable de continuer à vous soigner correctement sans assurance ?

6. Suggestions et recommandations

- Que faudrait-il améliorer dans le fonctionnement de l'AMO ou du RAMED selon vous ?
- Quelles sont vos attentes en matière de soins et de couverture ?
- Avez-vous des propositions sur comment mieux informer les patients atteints de diabète sur les avantages et les limites de l'AMO et du RAMED ?
- Avez-vous d'autres suggestions à partager pour améliorer la prise en charge du diabète au Mali ?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose qui vous semble important et que nous n'avons pas abordé ?

Guide d'entretien individuel approfondi pour les acteurs des assurances maladie (AMO, RAMED)

Introduction :

Bonjour et merci de nous accorder cet entretien. Nous réalisons une étude visant à évaluer l'impact et les défis de l'AMO et du RAMED sur les patients atteints de diabète au Mali. Votre point de vue est essentiel pour mieux comprendre le fonctionnement et les contraintes de ces régimes. Cet entretien est confidentiel et durera environ 45 minutes.

1. Profil du répondant

- Pouvez-vous vous présenter et décrire votre rôle au sein de votre institution ?
- Depuis combien de temps (en nombre d'années) travaillez-vous dans le domaine de l'assurance maladie ?

2. Fonctionnement des régimes (AMO / RAMED)

- Pouvez-vous expliquer brièvement le fonctionnement de l'AMO/RAMED au Mali ?
- Comment les patients atteints de diabète sont-ils pris en charge dans le cadre de ces régimes?
 - o Comment ça se passe une fois que le patient est affilié ?
 - o Que faut-il pour avoir accès aux soins ?
- Quels services médicaux ou médicaments sont effectivement couverts pour le diabète ?
 - o Services médicaux
 - o Examens (biologie et imagerie)
 - o Médicaments (insuline, antidiabétiques oraux, traitements complémentaires,...)
- Y a-t-il des plafonds ou des limites financières spécifiques à la prise en charge de ces services médicaux et ces médicaments pour la prise en charge du diabète ?
 - o Est-ce que des prestations au-delà d'un certain montant sont refusées ?

3. Accès et couverture des patients diabétiques

- Quelle proportion des patients atteints de diabète est actuellement couverte par l'AMO/RAMED selon vos données ?
- Quelles démarches doivent accomplir les patients pour être éligibles à l'AMO/RAMED ? Sont-elles faciles à comprendre pour les usagers ?
 - o Y a-t-il des moyens de communication pour orienter les patients ?
- Selon vous, les critères actuels d'adhésion à l'AMO/RAMED excluent-ils certains patients atteints de diabète ? Si oui lesquels ? Pourquoi ?

- Quels sont les obstacles que rencontrent les patients atteints de diabète pour accéder aux prestations fournies par l'AMO ou le Ramed ?

4. Défis de mise en œuvre

- Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la gestion de l'AMO/RAMED, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques comme le diabète ?
 - o Remboursement ?
 - o Limitation des offres ?
 - o Officines ?
 - o Immatriculation des patients ?
- Y a-t-il des défis liés à la coordination avec les structures de santé ? Si oui expliquer
- Y a-t-il des défis liés aux remboursements ? Si oui expliquer
- Rencontrez-vous des problèmes de financement, de fraude, ou de saturation du système ?

Si oui, Quels types de fraudes constatez-vous le plus fréquemment, et quelles stratégies avez-vous mises en place pour y répondre ?

- Comment gérez-vous les situations de rupture ou d'indisponibilité des médicaments essentiels comme l'insuline dans les pharmacies conventionnées ?
- Quelles conséquences ont les éventuels retards de remboursement sur les prestataires et les patients ?

5. Impact perçu

- Disposez-vous de données ou d'indicateurs précis montrant l'amélioration (ou non) de l'état de santé ou de la qualité de vie des patients atteints de diabète grâce à ces régimes ?
- Selon vous, quel est l'impact réel de l'AMO/RAMED sur l'amélioration de l'accès aux soins pour les patients atteints de diabète ?
- Avez-vous des exemples de cas où ces régimes ont significativement aidé (ou non) des patients atteints de diabète ?

6. Améliorations possibles

- A votre avis, comment l'AMO/RAMED devraient-ils évoluer dans les prochaines années pour répondre efficacement aux besoins croissants des patients diabétiques au Mali ?
- Quels mécanismes de dialogue ou de collaboration existent actuellement entre les acteurs des assurances, les établissements de santé et les associations de patients

diabétiques ? Pensez-vous que ces mécanismes fonctionnent bien ? Sinon, comment les améliorer ?

Guide d'entretien individuel approfondi pour les soignants (médecins, infirmiers)

Introduction :

Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Nous menons une étude visant à comprendre l'impact et les défis de la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) chez les patients atteints de diabète au Mali. Votre expérience en tant que soignant est précieuse pour nous. L'entretien durera environ 25 minutes. Toutes les informations resteront confidentielles.

1. Profil du soignant

- Quel est votre poste actuel ?
- Depuis combien d'années travaillez-vous dans ce centre ?
- Quelle est votre spécialité médicale ou domaine d'expertise ?
- Travaillez-vous directement avec des patients atteints de diabète ? Si oui, depuis combien de temps ?

2. Prise en charge des patients diabétiques

- Pouvez-vous décrire la prise en charge classique d'un patient atteint de diabète dans votre établissement ?
 - Diagnostic
 - Fréquence des consultations
- Quels médicaments ou examens prescrivez-vous fréquemment pour vos patients atteints de diabète, et constatez-vous des difficultés particulières d'accès à ces traitements/examens ?
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les patients dans leur parcours de soins ?
 - Fréquence des consultations ?
 - Achat des médicaments ? réalisation des bilans ?
- Quel est l'impact du coût des soins sur l'adhérence au traitement des patients atteints de diabète ?
 - Y a-t-il des patients qui abandonnent le traitement pour faute de moyens ?

- Comment gérez-vous, en tant que professionnel de santé, les cas de patients ayant des difficultés financières ou administratives pour accéder à leur traitement ?
 - Est-ce qu'on les oriente vers l'ANAM ? ou vers des centres sociaux ?

3. Connaissance et expérience de l'AMO et du RAMED

- Connaissez-vous les mécanismes de l'AMO et du RAMED ? Expliquer brièvement
- Pensez-vous que les professionnels de santé sont suffisamment informés et formés sur les modalités pratiques de l'AMO et du RAMED ? Pourquoi ?
 - Sauriez-vous guider des patients non-informés pour bénéficier de ces assurances ?
- Selon vous, dans quelle mesure l'AMO et le RAMED facilitent-ils ou non l'accès aux soins pour les patients atteints de diabète ?
- Avez-vous constaté des différences dans la prise en charge entre les patients couverts et non couverts par ces régimes ? Pouvez-vous donner des exemples concrets ?

4. Défis et limites de mise en œuvre

- Quelles sont les principales limites de l'AMO/RAMED que vous avez observées dans votre pratique ?
 - Y a-t-il des patients affiliés à l'AMO qui abandonnent les soins ?
- Y a-t-il des retards ou des refus de remboursement ? Si oui, quelles en sont les conséquences pour les patients ?
- Avez-vous déjà dû modifier ou restreindre un traitement ou une prise en charge à cause de problèmes administratifs ou de remboursement ?
- Existe-t-il une coordination entre les prestataires de soins et les assureurs pour faciliter la gestion des cas ?

5. Suggestions et recommandations

- Que recommanderiez-vous pour améliorer l'impact de l'AMO/RAMED sur la prise en charge des diabétiques ?
- Quelles seraient, selon vous, les mesures prioritaires à prendre pour améliorer la couverture des patients diabétiques ?

- Selon vous, quelles actions concrètes (formation continue, outils pratiques, plateformes d'échange avec les assureurs) pourraient être mises en place pour améliorer votre compréhension et votre gestion des dossiers AMO/RAMED ?
- Comment améliorer la collaboration entre professionnels de santé, acteurs des assurances et patients pour une prise en charge plus fluide et efficace du diabète ?
- Comment voyez-vous évoluer votre rôle et celui des assurances maladie (AMO et RAMED) dans l'amélioration continue des soins aux patients atteints de diabète au Mali ?

10.2. Fiche d'information pour les participants

FICHE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS

« Impact et défis de la mise en oeuvre de l'assurance maladie (AMO et Ramed) dans la prise en charge de l'assurance maladie pour les patients atteints du diabète »

Équipe de recherche

Pr. Stéphane Besançon, Dr Moise Nguemeni, Santé Diabète, Bamako, Mali ; Pr Léon Savadogo, Université Senghor, Egypte ; Dr Sylviana EKE, étudiante en santé publique internationale, Université Senghor et stagiaire Santé Diabète, Bamako, Mali.

Veillez adresser vos questions à : Stéphane Besançon Directeur Général de l'ONG Santé Diabète à Bamako au Mali (stephane.besancon@santediabete.org– 77 81 26 70), au Pr Mamadou Maharouf Keïta (téléphone 66722022/73055084) Président du comité d'éthique et le Pr Mahamadou Diakité (téléphone 66231191/76231191) Secrétaire Permanent du comité éthique.

Vous êtes invité(e) à participer à une étude pour savoir si l'assurance maladie (AMO et Ramed) vous permet un accès satisfaisant aux soins et traitements du diabète et connaître les difficultés que vous rencontrez avec l'assurance.

Cette étude présente un objectif principal d'analyser l'impact et les défis de la mise en oeuvre de l'assurance maladie (AMO et Ramed) pour les patients atteints de diabète au Mali

Elle présentera les objectifs spécifiques suivants :

- Analyser, à partir des bases de données de l'anam et la Canam, le volume et les types de remboursement diabète réalisés par l'Assurance Maladie (AMO et Ramed)
- Évaluer l'accessibilité et l'adéquation des services de santé pour les patients atteints de diabète qui bénéficient de l'assurance maladie (AMO et ramed)
- Décrire les perceptions et la satisfaction des patients atteints de diabète bénéficiaires
- Identifier les obstacles structurels, financiers et sociaux à la mise en œuvre efficace
- Identifier les meilleures pistes d'intégration des soins pour les patients atteints de diabète dans la stratégie nationale de CSU.

Participation

Votre participation cette étude est volontaire. Si vous décidez de ne pas participer, cela n'affectera pas votre relation avec le personnel de l'Hôpital, ni les soins de santé actuels ou futurs que vous pourriez recevoir.

Consentement

On vous demandera de remplir un formulaire de consentement pour que vous participiez à l'étude. Le consentement à participer à l'étude peut être retiré à tout moment en informant votre professionnel de santé.

Toutes les données recueillies dans le cadre de l'étude seront anonymisées. Seul un code sera enregistré et les données seront conservées dans un endroit sécurisé.

Risques et avantages

Cette étude sera bénéfique au système de santé et aux populations. En effet, le bilan de l'impact et des défis de la mise en œuvre de l'assurance maladie permettra d'améliorer le système de l'assurance maladie et de corriger les insuffisances pour le Régime d'assurance maladie universelle et d'améliorer l'accès aux soins des patients.

Cette étude ne présente pas de risques identifiés pour les participants.

Vie privée et confidentialité

Les données collectées dans le cadre de l'étude seront gérées de manière sécurisée et stockées pendant sept ans avant d'être détruites. Seule l'équipe de recherche aura accès aux données.

Toutes les réponses et tous les commentaires seront traités de manière confidentielle. Vous ne serez pas identifié dans les publications qui résulteraient de cette étude.

10.3. Autorisation du comité d'éthique

