

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Et de la Recherche Scientifique

République du MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE PHARMACIE

FAPH

Année Universitaire 2018 - 2019

N° /P

THESE

**Evaluation de la mise en œuvre de l'assurance
maladie obligatoire dans les officines de la
commune v du district de Bamako en 2019**

Présentée et soutenue publiquement le 00/00/2019

Devant le jury de la Faculté de Pharmacie

Par :

Mme. Assétou KEITA

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Pharmacie

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Pr Elimane MARIKO

Membre : Dr Hamadoun Abba TOURE

Dr Amadou Abdoulaye DIALLO

Co-directeur : Dr Aboubacar SANGHO

Directeur : Pr Saibou MAIGA

ADMINISTRATION

Doyen : Boubacar Traore, Professeur

Vice-doyen : Ababacar Maiga, Professeur

Secrétaire principal : Seydou Coulibaly, Administrateur Civil

Agent comptable : Famalé Dionsan, Inspecteur des finances.

PROFESSEURS HONORAIRES

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
2	Mahamadou	CISSE	Biologie
3	Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
4	Souleymane	DIALLO	Bactériologie-Virologie
5	Kaourou	DOUCOURE	Physiologie
6	Ousmane	DOUMBIA	Chimie Thérapeutique
7	Boukassoum	HADARA	Législation
8	Gaoussou	KANOUTE	Chimie analytique
9	Alou A.	KEITA	Galénique
10	Mamadou	KONE	Physiologie
11	Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
12	Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
13	Abdourahamne	MAIGA	Parasitologie
14	Elimane	MARIKO	Pharmacologie

DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Mounirou	BABY	Hématologie
2	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
3	Abdoulaye	DABO	Biologie/Parasitologie
4	Mahamadou	DIAKITE	Immunologie-Génétique
5	Alassane	DICKO	Santé Publique
6	Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
7	Akory Ag	IKNANE	Santé Publique/Nutrition
8	Ousmane	KOITA	Biologie-Moléculaire
9	Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
2	Abdoulaye	DJIMDE	Parasitologie-Mycologie
3	Aldjouma	GUINDO	Hématologie
4	Kassoum	KAYENTAO	Santé publique/bio-statistique
5	Bourèma	KOURIBA	Immunologie Chef de DER
6	Issaka	SAGARA	Bio-statistique
7	Mahamadou Soumana	SISSOKO	Bio-statistique
8	Ousmane	TOURE	Santé Publique/Santé environnement

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Mohamed	AG BARAIKA	Bactériologie-Virologie
2	Charles	ARAMA	Immunologie
3	Boubacar Tiétiè	BISSAN	Biologie clinique
4	Djibril Mamadou	COULIBALY	Biochimie clinique
5	Seydou Sassou	COULIBALY	Biochimie clinique
6	Antoine	DARA	Biologie Moléculaire
7	Souleymane	DAMA	Parasitologie-Mycologie
8	Djeneba Koumba	DABITAO	Biologie moléculaire
9	Laurent	DEMBELE	Biotechnologie Microbienne
10	Kléligui Casimir	DEMBELE	Biochimie Clinique
11	Seydina S. A.	DIAKITE	Immunologie
12	Yaya	GOITA	Biochimie Clinique
13	Ibrahima	GUINDO	Bactériologie Virologie
14	Aminatou	KONE	Biologie Moléculaire
15	Birama Apho	LY	Santé Publique
16	Almoustapha Issiaka	MAIGA	Bactériologie-Virologie
17	Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie Cellulaire
18	Fanta	SANGHO	Santé Publique/Santé Communautaire
19	Oumar	SANGHO	Epidémiologie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Djeneba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
2	Issa	DIARRA	Immunologie
3	Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
4	Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
5	Falaye	KEITA	Santé publique/Santé environnement
6	N'Deye Lallah Nina	KOITE	Nutrition
7	Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
8	Djakaridia	TRAORE	Hématologie

DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
2	Saibou	MAIGA	Législation
3	Rokia	SANOGO	Pharmacognosie Chef de DER

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
-	Néant	-	-

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Loséni	BENGALY	Pharmacie hospitalière
2	Bakary Moussa	CISSE	Galénique
3	Yaya	COULIBALY	Législation
4	Issa	COULIBALY	Gestion
5	Balla Fatogoma	COULIBALY	Pharmacie hospitalière
6	Mahamane	HADARA	Pharmacognosie
7	Hamma Boubacar	MAIGA	Galénique
8	Moussa	SANOGO	Gestion
9	Adiaratou	TOGOLA	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Seydou Lahaye	COULIBALY	Gestion pharmaceutique
2	Daouda Lassine	DEMBELE	Pharmacognosie
3	Adama	DENOU	Pharmacognosie
4	Sekou	DOUMBIA	Pharmacognosie
5	Assitan	KALOGA	Législation
6	Ahmed	MAIGA	Législation
7	Aichata Ben Adam	MARIKO	Galénique
8	Aboubacar	SANGHO	Législation
9	Bourama	TRAORE	Législation
10	Karim	TRAORE	Sciences pharmaceutique
11	Sylvestre	TRAORE	Gestion pharmaceutique
12	Aminata Tiéba	TRAORE	Pharmacie hospitalière
13	Mohamed dit Sarmoye	TRAORE	Pharmacie hospitalière

DER : SCIENCES DU MEDICAMENT

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Benoit Yaranga	KOUMARE	Chimie Analytique
2	Ababacar I.	MAIGA	Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Sekou	BAH	Pharmacologie Chef de DER

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Dominique Patomo	ARAMA	Pharmacie chimique
2	Mody	CISSE	Chimie thérapeutique
3	Ousmane	DEMBELE	Chimie thérapeutique
4	Tidiane	DIALLO	Toxicologie
5	Hamadoun	TOURE	Bromatologie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
2	Dalaye Bernadette	COULIBALY	Chimie analytique
3	Blaise	DACKOUCO	Chimie analytique
4	Fatoumata	DAOUCO	Pharmacologie
5	Abdourahamane	DIARA	Toxicologie
6	Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Pharmacologie
7	Madani	MARIKO	Chimie analytique
8	Mohamed EL Bechir	NACO	Chimie analytique
9	Mahamadou	TANDIA	Chimie analytique
10	Dougoutigui	TANGARA	Chimie analytique

DER : SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Mouctar	DIALLO	Biologie/ Chef de DER
2	Cheick	TRAORE	Biologie/Entomologie
3	Mahamadou	TRAORE	Génétique

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Lassana	DOUMBIA	Chimie appliquée

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Mamadou Lamine	DIARRA	Botanique-Biologie Végétale
2	Abdoulaye	KANTE	Anatomie
3	Boureima	KELLY	Physiologie médicale

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Seydou Simbo	DIAKITE	Chimie Organique
2	Modibo	DIALLO	Génétique
3	Moussa	KONE	Chimie Organique
4	Massiriba	KONE	Biologie Entomologie

CHARGES DE COURS (VACATAIRES)

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITES
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
2	Babou	BAH	Anatomie
3	Abdourahamane	COULIBALY	Anthropologie médicale
4	Souleymane	COULIBALY	Psychologie
5	Bouba	DIARRA	Bactériologie
6	Modibo	DIARRA	Nutrition
7	Moussa I	DIARRA	Biophysique
8	Babacar	DIOP	Chimie
9	Atimé	DJIMDE	Bromatologie
10	Yaya	KANE	Galénique
11	Boubacar	KANTE	Galénique
12	Aboubakary	MAIGA	Chimie Organique
13	Massambou	SACKO	SCMP/SIM
14	Modibo	SANGARE	Anglais
15	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-embryologie
16	Mme Fatoumata	SOKONA	Hygiène du milieu
17	Fana	TANGARA	Maths
18	Abdel Kader	TRAORE	Pathologies médicales
19	Djenebou	TRAORE	Sémiologie et pathologie médicale
20	Boubacar	ZIBEIROU	Physique

DEDICACES

ET

REMERCIEMENTS

Dédicaces

Je dédie ce travail

A Allah : le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, il n'y a de Dieu que toi.

Et à son Prophète : Paix et Salut sur lui

Merci de m'avoir permis de présenter ce travail, fruit de beaucoup d'années de courage, fatigue, de patience.

A mes parents :

A Feu Kanda KEITA : merci de m'avoir aimé, éduqué, enseigné des valeurs qui m'ont permis d'être ce que je suis. L'éducation couronnée d'amour et de quiétude demeure une force indestructible dans le combat de la vie.

A mon père Pr Mamadou Marouf KEITA : je te dédie ce travail qui est le couronnement des années de sacrifice consenti merci pour ton soutien, ta confiance et ton soutien inconditionnel. Tu m'as tout donné pour que ce jour soit, tu représentes un modèle de réussite sociale personnelle et professionnelle, homme exemplaire, assidu dans le travail. J'ai toujours été fier d'être ta fille. Puisse Dieu te protéger du mal, te procure une longue vie, santé.

A ma mère Oumou KEITA : les mots me manquent pour t'exprimer le bonheur, la joie, la fierté et surtout la chance de t'avoir. Tu as toujours accueilli les enfants des autres comme les tiens, acte qui a simplifié beaucoup de chose pour moi. Sois en remerciée. Merci pour ta patience, ton courage. Que Dieu te procure une longue vie tout en te protégeant du mal.

A ma sœur : en plus d'être ma sœur tu as été celle qui m'encourageait dans les moments difficiles de mes études tout en me conseillant. Merci pour ton soutien, que Dieu te protège.

A mon fiancé Dr Alfousseyni KEITA : tu m'as soutenu, compris et encouragé. Merci pour ton amour, ton attention et tes encouragements. Puisse Dieu nous préserver du mal, nous combler de santé et nous procure une longue vie

A la pharmacie Kariba David Konaté : merci à Diarra Esther de m'avoir permis d'effectuer ces années de stage dans votre pharmacie, merci à tout le personnel de la pharmacie pour votre soutien.

A la 11^{ème} Promotion du Numerus Clausus, Promotion Feu Prof. Moussa HARAMA :

Pour avoir bravé les différentes étapes de ce long cursus ensemble. Merci

**HOMMAGES AUX
HONORABLES
MEMBRES DU JURY**

A notre Maitre et Président du jury

Pr Elimane MARIKO

- ❖ **Professeur honoraire de pharmacologie à la FMOS et la FAPH**
- ❖ **Colonel-major de forces armées au Mali à la retraite ;**
- ❖ **Ancien coordinateur de la cellule sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA
du Ministre de la Défense ;**
- ❖ **Recteur de l'Université Scientifique Libre de Bamako.**

Cher Maitre,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Puisse Allah le Tout Puissant vous garder longtemps que possible afin que nous et d'autres profitent de la légende Vivante que vous êtes.

A notre Maitre et Juge

Docteur Amadou Abdoulaye DIALLO

- ❖ **Médecin spécialiste en santé du travail.**
- ❖ **Spécialiste en gestion du risque en Assurance Maladie.**
- ❖ **Membre du groupe d'experts pour la mise en place du RAMU au Mali.**
- ❖ **Expert au contrôle de la CIPRES pour l'élaboration et suivi de la liste des maladies professionnelles de la zone CIPRES.**
- ❖ **Directeur des risques professionnels et du contrôle Médical de l'AMO à la CMSS.**

Cher maitre,

Nous éprouvons beaucoup de plaisir à vous compter dans ce jury de thèse.

La qualité de votre contribution fut précieuse et inestimable pour parfaire ce travail.

Je vous prie de bien vouloir trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maitre et Juge

Docteur Hamadoun Abba TOURE

- ❖ **Maitre-Assistant en Chimie Analytique Bromatologie**
- ❖ **Chef de service contrôle qualité des aliments et boissons (Laboratoire National de la Santé).**

Cher maitre,

Vous nous avez fait honneur de juger ce travail malgré vos occupations multiples.

Votre abord facile, votre esprit critique et objectivité ont largement contribué à renforcer la qualité de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maitre et Co-directeur de thèse

Docteur Aboubacar SANGHO

- ❖ **Docteur en pharmacie**
- ❖ **Assistant en législation pharmaceutique**
- ❖ **Pharmacien à la division règlementaire de la Direction Pharmacie et Médicament (DPM)**
- ❖ **Point focal national du Ministre de la Santé et de l'hygiène Publique (MSHP) dans le projet de modernisation des industries pharmaceutiques dans l'espace CEDEAO.**

Cher maitre,

Nous sommes ravis que vous ayez accepté de codiriger ce travail.

Si ce travail est une réussite, nous le devons en partie à votre contribution.

Veillez trouver ici, cher maitre, l'expression de notre grande sympathie.

A notre Maitre et Directeur de thèse

Professeur Saibou MAIGA

- ❖ **Professeur titulaire en législation à la FAPH**
- ❖ **Membre du comité national de la pharmacovigilance**
- ❖ **Pharmacien titulaire de l'officine du point G**
- ❖ **Membre du comité d'éthique de la FAPH/FMOS**
- ❖ **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali**

Honorable maitre,

Toutes les dédicaces à votre endroit ne sauraient suffire pour vous exprimer aujourd'hui toute notre reconnaissance.

Formateur émérite, votre générosité, votre modestie, votre rigueur et amour du travail bien fait font de vous un maitre exemplaire et reconnu de tous.

L'occasion nous est donnée d'exprimer notre gratitude.

ABREVIATIONS

Liste des Abréviations

AMO :	Assurance Maladie Obligatoire
FAM :	Fonds d'Assistance Médicale
CANAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
INPS :	Institut Nationale de Prévoyance Social
CMIE :	Centre médical Inter Entreprise
EPA :	Etablissement Public à caractère Administratif
CMSS :	Caisse Malienne de Sécurité Sociale
FAPH :	Faculté de Pharmacie
RAMED :	Régime d'Assistance Médicale
CNOP :	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
DCI :	Dénomination Commune Internationale
OGD :	Organisme gestionnaire délégué
SSP :	Soins de Santé Primaire
PDDSS :	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PSPHER :	Projet de Santé Population et Hydraulique Rurale
SYNAPPO :	Syndicat Autonome des Pharmaciens d'Officine Privées
RAMU :	Régime d'Assurance Maladie Universel
RGPH :	Recensement General de la population et de l'Habitat
CSREF :	Centre de Santé de Reference
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire

Table des Matières

1. Introduction :.....	1
2. Objectifs :	5
2.1 Objectif général :.....	5
2.2 Objectifs spécifiques :.....	5
3. GENERALITES	
3.1. Historique :.....	7
3.1.1 Politique nationale de santé :.....	8
3.1.2 Politique nationale de protection sociale :.....	9
3.2 Assurance Maladie Obligatoire :.....	10
3.2.1 Définition (AMO) :.....	10
3.2.2 Principe de l'AMO :.....	10
3.2.3 Couverture maladie universelle : est un facteur de progrès économique social..	10
3.3 Gouvernance :.....	10
- Prestataire des soins de santé.....	11
- Etablissements Sanitaires.....	11
- Pharmacies.....	11
- Identification des prestataires.....	11
Condition de Délivrance des Soins :.....	11
- Soins Ambulatoires :.....	12
- Cartes Assuré.....	12
- Feuilles de Soins :.....	12
- Contrôle Médical.....	14

3.4 Définitions des Termes Opérationnels	
3.4.1 Pharmacien d'officine	15
3.4.2 Ordonnance Médicale	15
3.4.3 Spécialités Pharmaceutiques	15
3.5 Médicament	15
3.5.1 Médicaments DCI	15
3.5.2 Médicaments Essentiels	16
3.5.3 Médicaments Génériques	16
3.5.4 Produits Pharmaceutiques	16
3.6 Rôle et responsabilité du pharmacien	16
3.6.1 Responsabilité juridique du pharmacien	18
3.6.2 Responsabilité civile	18
3.6.3 Responsabilité de son propre fait	18
3.6.4 Responsabilité du fait de ses employés	19
3.6.5 Responsabilité pénale	19
3.6.6 Responsabilité disciplinaire	19
3.6.7 Responsabilité liée aux prestations sociales	20
3.6.8 Convention sectorielle entre la CANAM et les OFFICINES PRIVEES	
- Pharmaciens concernés	24
- Prestations couvertes	24
- Règles liées à l'exercice conventionnel	25
4. Méthodologie	
4.1 Type et cadre d'étude	29
4.2 Période d'étude	29

4.3 Population d'étude :.....	29
4.4 Critère d'inclusion :.....	29
4.5 Critère de non inclusions :.....	29
4.6 Recueil d'information :.....	29
4.7 Saisie des données :.....	30
4.8 Aspects éthiques :.....	30
5. Résultats	
5.1 Assurés repartis selon les officines :.....	32
5.2 Difficultés de la dispensation des ordonnances AMO :.....	33
5.3 Délai de dispensation :.....	33
5.4 Droit de substitution :.....	34
5.5 Nombre d'ordonnances AMO servi par mois :.....	34
5.6 Paiement des pharmaciens	35
5.7 Difficultés rencontrées par les assurés avec leur ordonnance :	35
6. Les bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire.....	40
7. Commentaires et Discussion	
7.1 Limites de l'étude :.....	40
7.2 Dispensation des ordonnances AMO :.....	41
7.3 Entretiens avec quelques acteurs (INPS, CMSS) :.....	43
7.4 Entretien avec le CNOP	44
8. Conclusion :.....	45
Recommandations :.....	46
REFERENCES :.....	48

ANNEXES :.....50

Textes Régissant l'Assurance Maladie Obligatoire.....51

Fiche d'enquête :.....78

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des Assurés selon les Pharmacies :.....	32
Tableau II : Difficultés liées à la dispensation des ordonnances AMO dans les officines :.....	33
Tableau III : Délai de dispensation des ordonnances AMO :.....	33
Tableau IV : Avis des pharmaciens sur la substitution des produits :.....	34
Tableau V : Motifs de rejet des feuilles de soins:.....	34
Tableau VI : Répartition des pharmaciens par rapport au délai de paiement par la CANAM :.....	35
Tableau VII : Répartition des assurés selon l'organisme gestionnaire délégué:.....	35
Tableau VIII : Difficultés rencontrées par les assurés dans les pharmacies :.....	36
Tableau IX : Avis des assurés sur la disponibilité médicaments au niveau des officines.....	36
Tableau X : Niveau de satisfaction des assurés par rapport à la fourniture des médicaments dans les pharmacies	37
Tableau XI : Répartition des assurés selon les raisons de la non satisfaction par rapport au pharmacien.....	37
Tableau XII : Avis des assurés sur le délai de réouverture des droits	38
Tableau XIII : Répartition des pharmacies par rapport à la vérification des produits sur la liste.....	38
Tableau XIV : Répartition des assurés par rapport au désagrément causé par la différence de prix... ..	39
Tableau XV : Avis des assurés par rapport à la substitution des médicaments.....	39

1. INTRODUCTION

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est l'un des systèmes principaux de financement de la santé.

Plusieurs pays à faible revenu sont actuellement intéressés par l'extension de la couverture de leur assurance maladie à des groupes spécifiques, pour couvrir la totalité de leur population(1).

C'est un système de solidarité qui s'exprime par une mise en commun des risques, et des ressources afin de fournir une couverture de soins de santé de qualité au plus grand nombre au sein du groupe cible(2).

L'initiative d'un régime d'AMO est née d'un constat d'insuffisance de la couverture maladie existante au Mali. Elle s'inscrit dans une perspective de couverture universelle selon laquelle l'assurance maladie obligatoire concerne le secteur formel, les mutuelles, le secteur informel, le fonds d'Assistance Médicale (FAM) et la population indigente.

La couverture universelle signifie que tous les individus, au moment où ils en ont besoin, ont accès à des soins adaptés et d'un coût abordable, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement ou de la réadaptation. Elle suppose donc un accès équitable et une protection contre le risque financier. (3)

Elle repose également sur la notion de financement équitable : la contribution est proportionnelle à la capacité de payer, indépendamment du fait qu'on soit malade ou non. Il en résulte qu'une grande part du financement doit provenir des contributions anticipées et mises en commun, plutôt que de frais et d'honoraires facturés aux malades quand ils consultent les services. (4)

En vue d'améliorer l'accès aux soins dans le souci d'assurer une équité d'accès à tous, le gouvernement du Mali a entrepris des réformes visant à répondre de façon complète et efficace en matière de protection sociale aux besoins de sa population par la mise en place d'un régime d'assurance maladie obligatoire en abrégé(AMO) pour les salariés et les retraités des secteurs public et privé (5).

Améliorer et protéger la santé est essentiel au bien être humain et au développement économique et social durable(6).

Le pharmacien d'officine occupe une place très importante dans notre système de santé, il peut informer et conseiller la population sur les médicaments qu'il conseille et délivre.

Les pharmaciens d'officine dans leur majorité ont signé une convention de partenariat avec la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CANAM), pour la délivrance des médicaments et des dispositifs médicaux, conformément à la loi 09-15 du 26 juin 2009 portant institution du régime d'Assurance Maladie Obligatoire au Mali. (7)

Pour consolider l'assurance maladie obligatoire, l'institut national de prévoyance sociale (INPS) et la caisse nationale d'assurance maladie (CANAM) ont signé le 6 juin 2013 une convention par rapport au centre médical inter-entreprises (CMIE) de l'INPS.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie est un établissement public à caractère administratif (EPA) créé par la loi n°09-016 du 26 juin 2009. A ce titre, elle est chargée, entre autres attributions, de :

- l'encaissement des cotisations du régime d'assurance maladie obligatoire ;
- l'immatriculation des employeurs et des assurés et la mise à jour des droits des bénéficiaires ;
- la passation des conventions avec les formations de soins et le suivi de leur déroulement ;
- L'établissement des statistiques de l'assurance maladie obligatoire(8).

Instituée par la loi n°9-015 du 26 juin 2009, l'assurance maladie obligatoire a retenu l'INPS (Institut National de Prévoyance Sociale) et la CMSS (Caisse Malienne de Sécurité Sociale) en qualité d'organisme gestionnaire délégué (9).

❖ **Au niveau de la direction générale figure des directions ci-dessous (CMSS):**

- La Direction liquidation pensions,
- La Direction des Ressources Humaines,
- La Direction des Etudes,
- La Direction suivi des Affiliés,
- La Direction du budget et de Logistique,
- La Direction Recouvrement et Contrôle,

- La Direction Audit interne,
 - La Direction Système d'Information,
 - L'Agence Comptable.
 - La Direction Contentieux
 - La Direction des Accidents du Travail et Maladie Professionnelles et contrôle médical.
 - La Direction de la liquidation des prestations AMO
 - Les structures déconcentrées sont :
 - Les Directions régionales
 - Les Centres de paiement
- ❖ Les services de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) sont placés sous l'autorité d'un Directeur General assisté d'un Agent Comptable.

Ils comprennent une administration centrale et des services extérieurs :

- L'Administration Centrale
- Les Conseillers du Directeur
- L'inspection Générale
- Les Services Rattachés (le service des relations publiques, le service de l'Assurance Maladie Obligatoire, le service Assurance Volontaire).
- Les Directions Centrales la direction des ressources humaines,
- la direction du recouvrement des cotisations et du Contrôle-Employeurs,
- la direction des prestations, la Direction Financière et Comptable, la direction de l'action sanitaire et médico-sociale,
- la direction des affaires juridiques et du contentieux,
- la Direction des études de la statistique et la prospective,
- la Direction des Systèmes d'information,
- la Direction des Structures Déconcentrées,
- la direction de l'immatriculation et de la gestion des assurés,
- la direction de l'Audit Interne, la Direction de la Qualité.
- Les Structures Déconcentrées (les Agences Principales des Communes, les Directions Régionales, les Agences Secondaires Régionales).

Y sont assujettis les fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales, les militaires, les députés, les travailleurs au sens du code de travail, les titulaires de pensions publiques et

privées, les pensionnés parlementaires et militaires, les employeurs des secteurs public et privé.

L'Etat et les employeurs du secteur privé paieront une partie des cotisations. Le reste est prélevé directement sur les salaires. L'organisme de gestion est tenu de vérifier et contrôler l'admissibilité des personnes assujetties et valider en permanence l'ouverture et la fermeture du droit aux prestations de l'assurance maladie obligatoire(10).

Au démarrage de l'Assurance Maladie Obligatoire, une couverture minimum de la moitié de la population, un accès équitable aux médicaments pour tous, et avec au démarrage 160 officines conventionnées dont 91 à Bamako et 69 hors de la capitale en 2011(11).

Les autorités politiques et sanitaires du pays ont adopté la loi pour la mise en œuvre du Régime d'Assurance Universel de la couverture universelle en 2018 comme extension de la politique de l'Assurance Maladie Obligatoire avec une période de transition. Dès lors une évaluation de la politique de l'AMO s'avère indispensable ; Ainsi les remarques faites dans quelques officines de pharmacie de la commune V au moment des stages ; nous ont motivés pour effectuer une évaluation de l'Assurance Maladie Obligatoire.

2. OBJECTIFS

2.1 OBJECTIF GENERAL

Evaluer la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire dans les officines de la commune v du district de Bamako en 2019.

2.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer les difficultés rencontrées par les pharmaciens dans la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire.
- Recenser les problèmes rencontrés au niveau de la pharmacie au moment de la dispensation.
- Déterminer les difficultés rencontrées par les assurés de l'assurance maladie obligatoire.
- Décrire les bénéfices de l'assurance maladie obligatoire.

GENERALITES

3. GENERALITES

3.1 HISTORIQUE

Situé dans la bande soudano-sahélienne de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un pays continental avec une superficie de 1 241 238 km², partageant des frontières avec la Mauritanie et l'Algérie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso et la cote d'ivoire au sud, la Guinée au sud-ouest et le Sénégal à l'ouest. La densité du pays est d'environ 15 habitants au Km². Le Mali compte 10 régions administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal, Ménaka, Taoudéni) et le district de Bamako. Dans le cadre de la décentralisation, le Mali compte 59 cercles et le District de Bamako, 703 communes dont 684 rurales et 19 urbaines parmi lesquels les 6 communes du district de Bamako.

Entre le sahel et la zone soudano-guinéenne, le Mali bénéficie d'un potentiel hydrographique unique grâce aux fleuves Niger et le fleuve Sénégal, qui font des zones qu'ils irriguent les seules régions hospitalières d'un pays quasi désertique.

Le climat est tropical, alternant une saison sèche et une saison des pluies d'une durée de 5 mois au sud et moins de 3 mois au nord, ainsi que des écarts de température très élevés. Les précipitations varient entre 1300 mm à 1500 mm au sud tandis que la moyenne est de l'ordre de 200mm au nord.

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

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

La population se caractérise par son extrême jeunesse. Les moins de 15 ans représentent 46,6% de la population, la tranche d'âge de 15-64 ans représente 48,4% et la population âgée de 65 ans et plus est de 5%. La population actuelle est de 19.718.100. (12)

La forte croissance démographique de Bamako s'explique par le flux de la population majoritairement jeune. Le district est divisé en 6 communes dirigées par les maires élus.

La commune V, commune dans laquelle l'enquête s'est déroulée couvre une superficie de 41km². Elle est limitée au nord par le fleuve Niger, au sud par la zone aéroportuaire et la commune de Kalabankoro, à l'est par la commune V et le Niger. Elle est composée de huit quartiers : Badalabougou, Sema I, quartier Mali, Torokorobougou, Baco Djicoroni Sabalibougou, Daoudabougou, et Kalabankoura. La population de la commune V est répartie entre 9 centres de santé communautaires fonctionnels :

- Centre de santé communautaire de Bacodjicoroni
- Centre de santé communautaire du quartier Mali/Torokorobougou
- Deux centres de santé communautaires de Daoudabougou
- Centre de santé communautaire Kalabankoura et Garantiguibougou
- Trois centres de santé communautaire de Sabalibougou
- Les aires de santé de l'ASACOBADA SEMA I, ASACOKALKO, ASACOBADJI ACI et ASACOKALA ACI ne disposent pas de CSCOM.

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

3.1.1 Politique nationale de santé(13)

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

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

La politique sectorielle de santé a été reconfirmée et consacrée par la loi n° 02 R 049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé. Ses principaux objectifs sont l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une grande viabilité et de performance du système de santé.

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

3.1.2 Politique nationale de protection sociale

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

- ✓ L'extension des champs d'application, matérielle et potentielle ;
- ✓ Le développement de l'aide et de l'action sociale ;
- ✓ Le développement de la mutualité et autres organisations basés sur la solidarité.

Son objectif général, qui est de « construire progressivement un système de protection contre les risques sociaux de tous les citoyens en général et des couches défavorisées en particulier, sera atteint à travers la réalisation spécifique dédiée à chaque orientation ».

La politique nationale de protection sociale est mise en œuvre depuis 2005 à travers le plan d'action National d'extension de la protection sociale 2005-2009 et le plan d'Action National de la protection sociale 2011-2015 en cours d'exécution.

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

3.2 L'assurance maladie obligatoire AMO(14)

3.2.1 Définition :

Assurance Maladie Obligatoire est la branche de la sécurité sociale qui couvre le risque maladie des salariés et leurs bénéficiaires.

3.2.2 Principe de l'AMO (15)

L'Assurance Maladie Obligatoire est fondée sur les principes de la solidarité, de la contribution, de la mutualisation des risques et du tiers payant. Les personnes assurées et les bénéficiaires doivent être couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature de leur revenu, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence.

3.2.3 La Couverture maladie Universelle est un facteur de progrès économique social :

La couverture maladie universelle signifie que tout un chacun doit avoir accès à des soins quel que soit son niveau de revenu. Les habitants de la plupart des pays en voie de développement sont privés d'une telle protection puisque les ménages supportent les 2/3 des dépenses de santé. Si cette situation peut paraître choquante d'un point de vue moral, elle l'est également d'un point de vue économique car la santé est un élément du capital humain, facteur de production rare dans les pays en voie développement (16).

3.3 Gouvernance

La gestion de l'assurance maladie a été confiée à la caisse nationale d'assurance maladie (CANAM), établissement public à caractère administratif créé à cet effet.

Elle est chargée, entre autres, de l'encaissement des cotisations du régime de l'assurance maladie obligatoire, de l'immatriculation des employeurs et des assurés.

Par ailleurs, dans le cadre de la délégation de gestion, il est établi entre la CANAM et les organismes gestionnaires délégués un contrat d'objectifs et de moyens (COM).

Les organismes d'administration et de gestion de la CANAM sont le conseil d'administration, la direction générale et le comité de gestion.

Prestataires des soins de santé :

Etablissements sanitaires :

Les établissements sanitaires sont classés compte tenu de leur nature, de leur plateau technique et de leurs qualités de confort et d'accueil. Seuls les établissements agréés par le Ministre de la santé peuvent passer des conventions avec l'organisme de gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les établissements privés spécialisés en soins ambulatoires, en imagerie médicale ou en analyses biologiques ne peuvent être conventionnés que pour la spécialité reconnue par le Ministre de la Santé. (17)

- **Pharmacies :**

Les officines de pharmacie et les dépôts de produits pharmaceutiques agréés par le Ministre de la Santé peuvent passer des conventions avec l'organisme de gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les officines de pharmacie et les dépôts de produits pharmaceutiques conventionnés sont tenus au respect de la liste et des tarifs des médicaments admis à la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire.

- **Identification des prestataires :**

L'organisme de gestion attribue un code d'identification à chaque prestataire de santé dispensant, au titre de son activité principale, des actes ou prestations pris en charge par l'AMO. Le code d'identification a pour objet d'identifier les prestataires conventionnés et de faciliter le contrôle de l'activité médicale des prestataires et établissements conventionnés. (17)

- **Condition de délivrance des soins :**

Les soins dispensés aux bénéficiaires de l'AMO doivent être délivrés conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur en la matière et dans le respect des clauses des conventions conclues avec l'organisme de gestion.

Les consultations médicales et les soins ambulatoires sont donnés au sein de l'établissement sanitaire sauf dans le cas où le bénéficiaire ne peut pas se déplacer en raison de son état de santé. Certaines prestations de santé sont soumises à l'accord préalable de l'organisme de gestion pour être prises en charge. (18)

- **Soins ambulatoires :**

Tous les soins requis par l'état de santé d'un malade non hospitalisé, qu'il s'agisse de consultation médicale, de soins infirmiers, de soins dentaires, d'imagerie médicale, d'examens de laboratoire, de petites chirurgies ou de toute autre prestations à caractère médical ou paramédical sont considérés comme soins ambulatoires. Le taux de prise en charge par l'assurance maladie de l'ensemble des frais liés aux soins ambulatoires est de 70 %.(18)

- **Carte d'assuré :**

L'instruction de la demande d'immatriculation donne lieu à la délivrance d'une carte d'assuré social de l'Assurance Maladie Obligatoire au nom de l'assuré. Cette carte comporte la photographie, les éléments nécessaires à l'identification et le numéro d'immatriculation. Une carte comportant les mêmes mentions est également délivrée à chacun des ayants droits de l'assuré. Les cartes d'assuré sont valables sur toute l'étendue du territoire national. Elles doivent être présentées à tout prestataire pour toute sollicitation de prestation de santé à la charge du régime d'Assurance Maladie Obligatoire. (17)

- **Feuilles de soins :**

Les frais de soins ambulatoires délivrés par les établissements sanitaires ne sont pris en charge que si ceux-ci sont consignés sur des imprimés fournis par l'organisme de gestion appelés feuilles de soins.

Les prescripteurs sont tenus de n'inscrire sur les feuilles de soins que les médicaments figurant sur la liste des médicaments admis à la prise en charge de l'AMO. Les feuilles de soins comportent des rubriques de renseignement dont l'indication conditionne l'ouverture des droits et la constatation des soins. Ces rubriques font apparaître :

- Les noms, prénoms et l'identifiant de l'assuré ;
- Les noms et prénoms de l'ayant droit bénéficiaire des actes ou prestations ;
- Les noms et prénoms des prestataires
- La dénomination et le code d'identification de l'établissement dans lequel l'acte est effectué ;
- Le montant des frais et celui de la participation de l'assuré ;
- La date à laquelle l'acte est effectué ou la prestation servie ;
- Les numéros de code de l'acte figurant dans la nomenclature ;
- Les médicaments inscrits sur la partie réservée à la prescription ;
- La signature du prestataire (12)

Le traitement des feuilles de soins AMO prend plus de temps et d'énergie que les ordonnances ordinaires.

AU NIVEAU DU COMPTOIR	
PATIENT AMO	PATIENT NON AMO
Feuille de soins	Ordonnance
vérification	Analyse
Analyse	Facturation
Saisie	Délivrance
Contrôle	
Facturation	
Délivrance	
Contrôle et facturation pour les OGD	

Le patient AMO prend le double du temps dans la dispensation que le patient ordinaire. (13)

- **Contrôle Médical :**

Des médecins, chirurgiens dentiste et pharmaciens assurent le contrôle médical pour le compte de l'organisme de gestion de l'AMO. A ce titre, ils sont chargés de :

- Effectuer les contrôles aux assurés hospitalisés ;
- Autoriser la prise en charge de certains actes médicaux, paramédicaux et dentaires ainsi que celles des fournitures médicales dans la limite de la liste des prestations couvertes par l'AMO ;
- Vérifier la conformité de la tarification à l'acte prescrit
- Evaluer périodiquement la qualité des soins ;
- Constater, le cas échéant, les dérapages injustifiés de l'activité professionnelle du prestataire de santé. (17)

3.4 Définitions des termes opérationnels

3.4.1 Le pharmacien d'officine :

Pharmacien propriétaire d'une officine dans laquelle il assure notamment la préparation des médicaments magistraux et la vente au public des spécialistes pharmaceutiques.

3.4.2 Ordonnance Médicale :

L'ordonnance médicale est l'outil de base pour l'analyse pharmaceutique d'une prescription médicale afin d'assurer une bonne dispensation des médicaments. C'est aussi l'acte de jonction entre le prescripteur, le patient et le pharmacien. (19)

3.4.3. Spécialités Pharmaceutiques :

On entend par spécialités pharmaceutiques, tout médicament préparé à l'avance, présenté sous un conditionnement particulier et caractérisé par une dénomination spéciale. Le nom d'un médicament peut être : soit un nom de fantaisie (le plus souvent une marque) ; soit une dénomination commune (DC) ou une dénomination scientifique (le nom chimique) assortie d'une marque ou du nom du laboratoire. Le nom de fantaisie (nom commercial) ne peut se confondre avec la DCI. (20)

3.5 Le médicament :

Un médicament est toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales. Par extension, un médicament comprend toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'être humain ou l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique (21)

3.5.1 Les médicaments DCI :

La DCI est la dénomination recommandée par l'organisation mondiale de la santé par rapport à la dénomination de la pharmacopée européenne ou française. Elle permet d'avoir les mêmes références par une matière quel que soit le pays. Ce nom pourrait être en relation directe avec la formule chimique. (22)

3.5.2 Médicaments essentiels :

Ce sont des médicaments dont l'efficacité thérapeutique est prouvée par des essais cliniques contrôlés, qui présentent des garanties suffisantes de sécurité qui sont susceptibles de satisfaire au besoin en matière de prévention et de traitement des maladies les plus répandues. (23)

3.5.3 Médicament génériques :

« On entend par médicament générique, toute copie d'un médicament original dont la production et la commercialisation sont rendues possibles par la chute du brevet dans le domaine public, une fois écoulée la période légale de protection. Peuvent être considérés comme des génériques aussi bien des médicaments vendus sous nom de marque ou l'application de fantaisie que des médicaments sous dénomination commune internationale ou des principes actifs qu'ils renferment, dénomination qui doit être assortie d'une marque ou du nom du fabricant » (24).

3.6 Rôle et Responsabilité du Pharmacien

En 1777, à la suite d'un décret de Louis XVI remplaçant le jardin des apothicaires par le Collège de pharmacie, les apothicaires prennent le nom de pharmacien et obtiennent, après de nombreuses querelles avec les médecins, les chirurgiens et surtout les épiciers, l'exclusivité de la préparation des remèdes.

Cette déclaration sépara les corporations d'apothicaires et d'épiciers reconnaissant ainsi le monopole de la vente des médicaments aux seuls membres du Collège royal de pharmacie. Il officialisait ainsi la pharmacie comme une branche de la médecine nécessitant des études et des connaissances approfondies.

La loi du 21 Germinal anXI (11 Avril 1803) régira l'exercice de la pharmacie. Elle interdit aux épiciers-droguistes de vendre des drogues simples au poids médicinal. Avant cette loi, la pharmacie n'était régie par aucune législation régulière. L'organisation moderne de la pharmacie date de cette époque et durant cette période le mot apothicaire disparut au profit de celui de pharmacien. Traditionnellement, le pharmacien était et reste encore aujourd'hui l'homme du médicament, c'est-à-dire le gardien des poisons.

Tant il est vrai que chaque médicament est un Janis à double visage, tantôt bienfaisant quand il est administré à bon escient et correctement utilisé, tantôt toxique ou iatrogène en cas de mésusage ou d'usage insuffisamment contrôlé.

Cette ambivalence se retrouve dans le nom même de pharmacien qui dérive du vocable grec pharmakon, lequel pouvait désigner tout aussi bien le poison ou le remède. Elle est rappelée également par l'un des principaux symboles de ce « caducée », insigne constitué de la coupe d'Hygie dans laquelle le venin du serpent, par les vertus de l'art pharmaceutique, se métamorphose en substance salvatrice (25).

Les activités du pharmacien d'officine sont très variées.

Elles comportent notamment :

- La dispensation et la délivrance (ou le refus de délivrance le cas échéant) des médicaments à usage humain ou vétérinaire ;
- La réalisation et/ou le contrôle des préparations magistrales ou officinales ;
- La gestion de l'approvisionnement et des stocks de médicaments ;
- L'encadrement et la formation de l'équipe officinale (pharmaciens, préparateurs, Étudiants en pharmacie, autres membres du personnel non habilités à délivrer les Médicaments) ;
- L'éducation et l'information du public sur le bon usage du médicament, la Compréhension et l'observance des traitements ;
- La participation aux actions de prévention, de dépistage et d'éducation du public sur les différents thèmes relatifs à la santé publique, et notamment contribution à la lutte contre l'obésité, le tabagisme, les toxicomanies, les maladies sexuellement transmissibles, le dopage, ... ;
- La participation au système national de vigilance, qui permet la notification d'effets indésirables pouvant survenir suite à la prise de médicaments (pharmacovigilance) ou l'utilisation de dispositifs médicaux (matéiovigilance) (26).

En ce qui concerne la pharmacie, elle constitue une réelle avancée pour l'exercice officinal.

En effet, avant son adoption, les pharmaciens d'officine étaient les seuls professionnels de santé dont le Code de la Santé Publique ne précisait pas le champ d'activité en dehors de la dispensation des médicaments et de l'exécution des préparations. Le rôle du pharmacien d'officine au cœur du système de santé est donc réaffirmé dans cette loi, qui non seulement formalise des activités déjà réalisées, mais donne également l'opportunité aux pharmaciens d'élargir leurs compétences vers les services pharmaceutiques à la personne, entraînant une évolution importante de leur métier dans les années à venir (27).

3.6.1 Responsabilité Juridique du Pharmacien

D'une manière générale, la responsabilité pour toute personne, c'est son devoir de répondre de ces propres actes ou des actes des personnes dont elle a la charge.

En ce qui concerne le Pharmacien, il faut distinguer trois types de responsabilité :

- La responsabilité civile,
- La responsabilité pénale ;
- La responsabilité disciplinaire (28).

3.6.2 La responsabilité civile

Elle peut être engagée dans deux situations différentes (28).

3.6.3 La responsabilité de son propre fait :

Elle résulte d'une obligation générale qui est prévue par le code civil ou le régime général des obligations, qui oblige "quiconque a commis par sa faute un dommage à autrui, à le réparer.

Deux notions essentielles sont à préciser :

La notion de dommage :

- Il doit avoir été commis ;
- Il peut être matériel ou moral.

Le dommage est réparé en général pécuniairement sous la forme d'une amende dont le montant est fixé par la juridiction civile.

La faute doit être décelée, on assimile à la faute la négligence ou l'imprudence.

Il faut enfin une relation directe entre la faute et le dommage (28).

3.6.4 La responsabilité du fait de ses employés

Selon le code civil, la responsabilité des employés dans l'exercice de leurs fonctions incombe toujours à l'employeur qui est tenu pour responsable des conséquences des dommages causés par le fait de ses préposés. Pour cela il faut qu'il y ait un lien de subordination entre employeur et employé c'est-à-dire un contrat de travail (28).

3.6.5 La responsabilité pénale

Elle est engagée par une personne qui commet un dommage non plus à un individu mais à la Société. Cette personne doit être punie par des tribunaux répressifs devant qui l'action publique se déroule entre le Ministère public (le Parquet) et le Prévenu.

Il appartient à la Loi de définir les actes répréhensibles et en même temps les sanctions correspondantes. L'acte répréhensible constitue le "délit pénal" qui est défini par un texte précis. Il faut signaler que le délit pénal peut être constitué sans qu'aucun dommage n'ait été constaté. En ce qui concerne le pharmacien, il existe des textes législatifs et réglementaires très précis et tout pharmacien qui commet des infractions à ces textes sera puni.

Le pharmacien peut être tenu pour responsables d'accidents, qui surviennent à la suite de l'administration de médicaments altérés parce que mal conservés. Alors qu'en droit commun, la responsabilité pénale ne peut être engagée que par la personne même qui a commis l'infraction, dans l'exécution d'un acte pharmaceutique, réservé aux seuls pharmaciens qui en ont le Monopole, qui doivent l'assurer personnellement. La responsabilité du pharmacien est toujours engagée, même si le personnel n'est pas dégagé de sa propre responsabilité (28).

3.6.6 La responsabilité disciplinaire

Elle est engagée par celui qui commet une faute consistant en la violation de règles qui sont particulières à un groupement, en général professionnel. Pour le pharmacien, il s'agit de violation de règles de la déontologie pharmaceutique. Il existe en effet un Code de Déontologie qui énonce des règles précises que tout pharmacien doit respecter.

Il faut savoir que la faute disciplinaire peut résider dans un fait non interdit de façon expresse. Il suffit que ce fait soit contraire aux intérêts collectifs du groupement considéré.

En général il s'agit d'atteinte à l'honorabilité de la profession.

Il faudra apprécier la faute disciplinaire. Cette appréciation ne peut relever que d'une juridiction disciplinaire qui est composée des membres du groupement considéré.

Ces juridictions disciplinaires ne peuvent prendre que des sanctions disciplinaires, qui sont, selon un ordre de gravité croissante.

- La réprimande,
- Le blâme avec inscription au dossier,
- L'interdiction temporaire d'exercice de la pharmacie (fermeture temporaire de l'officine)
- L'interdiction définitive d'exercer la profession.

Dans ce dernier cas, le pharmacien pourra éventuellement être relevé de cette interdiction par voie de réhabilitation après un délai de 5 ans et sur sa demande adressée au Conseil National (28).

3.6.7 Responsabilité liée aux prestations sociales (28)

Les services techniques fournis à la sécurité sociale par les membres des professions de santé font l'objet d'un contrôle particulier. Les pharmaciens d'officine sont concernés en tant que fournisseurs directs des assurés sociaux. Ils engagent à cette occasion une responsabilité particulière qui peut être mise en jeu en cas de fraudes, fautes, abus et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à leur encontre à l'occasion de prestations servies à des assurés sociaux (art. L.145-1).

La faute désigne ici une négligence commise sans intention de nuire (par exemple manquements répétés à la réglementation).

L'abus est un acte dont l'exécution est disproportionnée au regard de la prescription ou de l'état du malade (par exemple multiplication d'examens biologiques lors des séjours en cliniques).

La fraude c'est une faute commise en connaissance de causes et ou avec volonté de tromper (par exemple facturation d'un acte fictif, fait d'antidater un acte pour en permettre le remboursement).

De par son organisation, il y a lieu de considérer le contentieux du contrôle technique, comme un contentieux disciplinaire autonome. En effet, les juridictions chargées d'en connaître, les

sections des assurances sociales, sont constituées au sein de différents conseils de l'ordre des pharmaciens.

On notera enfin que les poursuites engagées dans le cadre du contrôle technique n'excluent nullement que les mêmes faits répréhensibles soient par ailleurs déférés aux chambres de disciplines des différents conseils de l'Ordre, voire, en cas de fraude caractérisée, devant les juridictions pénales. Les sanctions susceptibles d'être prononcées par les sections des assurances sociales à l'encontre des pharmaciens sont fixées par l'article R 145-2 et limitativement énumérée comme suit :

- L'avertissement ;
- Le blâme, avec ou sans publication ;
- L'interdiction temporaire ou permanente de servir des prestations aux assurés sociaux.

Lorsque des abus sont commis en matière de prix (abus de prix de vente de médicaments, de fourniture ou de prix d'analyse), les sections sont compétentes pour ordonner le remboursement du trop-perçu au profit des assurés et ceci même si elles ne prononcent aucune des autres sanctions prévues. Par ailleurs, l'article R.145-2 du code de la sécurité sociale précise que les décisions des sections des assurances sociales devenues définitives ont force exécutoire. Il en résulte que, contrairement à ce qui se passe en cas d'interdiction prononcée à titre disciplinaire, les juridictions ordinaires ont ici la faculté de fixer le point de départ des interdictions de servir des prestations.

A noter que tout pharmacien qui sert des prestations à un assuré social alors qu'il lui a été interdit de le faire s'expose à devoir rembourser à la caisse toutes les sommes versées du fait des ordonnances exécutées (art. R. 145-3 du code de la sécurité sociale).

Il est important de souligner que la possibilité du sursis dont bénéficient les autres professionnels de santé concernés par le contentieux du contrôle technique, n'a pas été étendue aux pharmaciens en ce qui concerne les sanctions d'interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux. De la substitution des produits

Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit qu'avec l'accord express et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

Toutefois, selon les dispositions du décret N°95-448/P-RM du 27 décembre 1995 autorisant la substitution des médicaments essentiels aux spécialités pharmaceutiques, les pharmaciens d'officine sont autorisés à substituer la spécialité prescrite par le médicament essentiel en Dénomination Commune Internationale (DCI) correspondant.

La substitution est pratiquée pour toute spécialité dont le principe actif figure sur la liste nationale des médicaments essentiels en vigueur.

De ce fait, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une autre spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription.

Lorsque le pharmacien délivre par substitution à la spécialité prescrite une autre spécialité du même groupe générique, il doit inscrire le nom de la spécialité qu'il a délivré (29).

Dispensation et substitution :

Il est possible (sous certaines conditions) de dispenser un médicament équivalent au médicament indiqué sur l'ordonnance. Des médicaments "équivalents thérapeutiques" sont des produits pharmaceutiques qui, administrés aux mêmes sujets selon la même posologie, produisent des effets thérapeutiques ou toxiques presque identiques. En pratique, si le médicament est prescrit sous un nom de spécialité, grâce au texte sur la substitution, il est recommandé de le remplacer par un produit vendu sous sa dénomination commune internationale, à condition que le médicament substitué représente un moindre coût pour le patient.

Un médicament vendu sous sa dénomination commune internationale est en effet moins cher qu'un médicament vendu sous son nom de marque.

Il est capital de délivrer exactement le nombre d'unités (comprimés, ampoules...) indiqué sur la prescription.

Délivrer une quantité insuffisante de médicaments ne permettra pas au patient de suivre son traitement jusqu'au bout et l'expose au risque de rechute ou d'échec thérapeutique. Donner trop de médicament peut avoir des incidences graves sur la santé du patient.

L'emballage protège le médicament et lui permet de garder son intégrité. Dans le cas de reconditionnement de médicament, il est recommandé d'utiliser des sachets en plastique avec une fermeture, plutôt que des cornets en papier qui n'assurent pas une protection correcte.

L'emballage doit être accompagné d'une étiquette (collée ou agrafée) comportant le nom de la pharmacie ou du point de vente pharmaceutique, le nom du médicament sous sa

Dénomination Commune Internationale, le dosage, la posologie, le mode d'emploi, le numéro de lot et la date de péremption

Les substances dites 'vénéneuses' sont des médicaments devant faire objet de restriction dans leur utilisation.

Le dispensateur a un rôle essentiel dans la transmission de l'information du patient sur son traitement. Profiter du contact avec le patient pour lui exposer l'ensemble des points ci-dessous:

- ❖ Comment prendre le médicament :
- ❖ Dose,
- ❖ Rythmes d'administrations,
- ❖ Durée du traitement,
- ❖ Comment bien utiliser le médicament : respecter la posologie prescrite, ne pas interrompre un traitement, savoir quels sont les autres médicaments à ne pas prendre en même temps que ce traitement.
- ❖ Que faire en cas d'effets indésirables ?
- ❖ Quand retourner voir le médecin, si nécessaire ?

Le dispensateur doit s'assurer que le message a bien été compris, en faisant répéter les informations les plus importantes des points mentionnés ci-dessus.

3.7 Convention Sectorielle entre la CANAM et les OFFICINES PRIVEES (30) :

Les parties signataires s'engagent, chacune en ce qui la concerne, à contribuer activement à la réalisation des objectifs conventionnels en matière d'assurance maladie notamment ceux relatifs à la rationalisation des soins et à leur coût et à servir les bénéficiaires et leur fournir les prestations que leur confère le régime d'assurance maladie dans les meilleures conditions possibles tout en veillant au respect de l'équité et conviennent de la teneur de la présente convention dont la teneur suit :

❖ **Pharmaciens concernés**

La présente convention fixe les principes et les règles régissant la relation entre la Caisse et les pharmaciens d'officine, admis à exercer au Mali en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur. Elle est subordonnée à l'enregistrement dudit professionnel au ministère chargé de la santé et à l'Ordre professionnel auquel il appartient, conformément aux décrets d'application de la loi n°09-15 du 26 juin 2009 relative au régime d'assurance maladie obligatoire et de la loi n°09-30 du 27 juillet 2009 relative au régime d'assistance médicale.

❖ **Prestations couvertes**

La convention couvre les médicaments dispensés dans les officines de détail conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur régissant le régime d'assurance maladie. Il en est de même pour les dispositifs médicaux que le pharmacien est habilité à vendre.

Conformément aux décrets d'application des lois n°09-15 du 26 juin 2009 et n°09-30 du 27 juillet 2009, la liste des médicaments et les conditions de prise en charge des produits et appareillages sont fixés par arrêté conjoint du ministre en charge de la santé et du ministre en charge de la sécurité sociale. Les pharmacies conventionnées sont tenues au respect d'une liste de médicaments conventionnés. Conformément aux décrets d'application des lois n°09-15 du 26 juin 2009 et n°09-30 du 27 juillet 2009, les pathologies et programmes de prévention faisant l'objet d'un financement spécifique de l'Etat ou par les partenaires techniques et financiers nationaux et extérieurs ne sont pas pris en charge par la Caisse.

En cas de doute sur la couverture d'une prestation par le régime d'assurance maladie, le prestataire prend contact avec la direction du contrôle médical pour vérification, avant délivrance de la prestation.

Le pharmacien ayant reçu sa notification d'adhésion en informe sans délai le public en affichant à l'entrée de son officine la mention «pharmacie conventionnée avec la «Caisse Nationale d'Assurance Maladie ». Il est affiché de façon visible le sticker de la CANAM et/ou les panneaux lumineux.

❖ Règles liées a l'exercice conventionnel

Les parties contractantes s'engagent à respecter la liberté de choix du bénéficiaire et s'interdisent toute pratique de nature à l'influencer.

Lors de la dispensation des médicaments dans le cadre de l'assurance maladie et sauf dispositions réglementaires relatives notamment à la substitution, ou conventionnelles contraires ou contraintes liées à la disponibilité du médicament sur le marché national, le pharmacien est tenu de respecter les prescriptions médicales inscrites sur les ordonnances et demeure tenu par les dispositions du code de déontologie.

La Caisse ne peut couvrir, que les frais des médicaments dispensés dans les dix jours qui suivent leur prescription.

De ce fait, le pharmacien qui dispense des médicaments à un bénéficiaire après l'échéance indiquée doit l'informer du non remboursement des frais de ces médicaments et éviter de remplir les feuilles de soins présentées à cette fin par le bénéficiaire.

En outre, le dit délai est ramené au délai prévu par la réglementation en vigueur lorsque ce dernier est inférieur à 10 jours. Avant toute dispensation de médicaments, le pharmacien est appelé à vérifier que l'ordonnance qui lui est présentée est bien l'originale délivrée par le prescripteur, qu'elle n'a pas été déjà honorée et qu'elle n'est pas dupliquée.

Dans le cadre de l'assurance maladie, le pharmacien ne peut délivrer en une fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois (28 ou 30 jours selon le conditionnement) et par exception à 45 jours pour les épisodes de maladie reconnus comme tels par les protocoles thérapeutiques.

La durée de validité de l'ordonnance originale citée à l'article 20 est portée à 3 mois pour les assurés atteints d'une affection de longue durée reconnue par la Caisse.

A défaut d'indication par le médecin traitant du nombre d'unités thérapeutiques et/ou de la durée du traitement sur l'ordonnance, le pharmacien est tenu de limiter la dispensation au plus petit conditionnement commercialisé.

La Caisse ne couvre que les médicaments et les dispositifs médicaux prévus par le régime de base et dispensés en conformité avec les règles d'accès aussi bien générales que celles

spécifiques au tiers payant, au parcours de soins coordonné et aux médicaments soumis à l'accord préalable.

Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux médicaments auprès d'un pharmacien conventionné, ce dernier doit vérifier, selon une procédure édictée par la Caisse, notamment :

- la conformité entre l'identité du malade portée sur l'ordonnance et celle inscrite sur le support d'accès aux soins,
- la date de validité du support,
- le code du médecin et de la structure sanitaire ayant prescrit les médicaments.

La matérialisation de la vérification de l'identité du bénéficiaire par le pharmacien s'effectue notamment par l'inscription de l'identifiant unique du bénéficiaire concerné sur tout document le concernant adressé à la caisse

Le pharmacien vérifie en outre, que l'ordonnance a été prescrite par un professionnel de santé conventionné.

L'inscription sur l'ordonnance par le prescripteur du code qui lui est attribué par la Caisse au titre de son adhésion à la convention sectorielle est considérée comme preuve de son adhésion. La Caisse communiquera régulièrement au pharmacien la liste des professionnels de santé conventionnés

❖ **Mise en œuvre, suivi de la convention et le règlement des différends**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la convention, la Caisse élabore et met à jour les modalités et procédures d'échange et de collaboration avec les prestataires conventionnés ainsi que ses annexes. Cette mise à jour est effectuée après concertation avec les prestataires conventionnés. Tous ajouts, retraites ou mises à jour des modalités et procédures deviennent automatiquement opposables aux prestataires conventionnés dès l'information par la Caisse. La Caisse indique aux prestataires le délai qui leur est fixé pour se mettre en conformité avec les points modifiés ou ajoutés.

Relativement aux modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre les prestataires de santé et la Caisse, cette dernière est habilitée à prendre, à l'encontre du praticien qui ne respecte pas les dispositions de la présente convention, toutes les mesures de nature à conserver ses droits. Ces mesures varient selon la

nature et la gravité de l'infraction commise comme indiqué dans l'article 62 de cette convention.

Les parties contractantes s'engagent à respecter mutuellement les obligations découlant de la présente convention. A cet effet, elles conviennent de l'instauration d'une commission paritaire chargée du suivi des différents aspects de la convention et de statuer sur les litiges

Qui pourraient survenir entre les parties contractantes.

Le praticien qui se considère lésé par une décision prise à son encontre par la Caisse, dispose du droit de recours devant la commission paritaire compétente conformément aux conditions énumérées dans le chapitre 3 du présent titre.

En sus du recours à la commission paritaire, les parties contractantes admettent la possibilité de recourir à l'arbitrage dans les conditions et selon les modalités qui seront définies par avenant à cette convention.

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1 Type et cadre d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive portant sur l'évaluation de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire dans 29 officines, et le dépôt de médicament du CSRéf de la commune v du district de Bamako en 2019.

5 fiches d'enquête par pharmacie avec 150 fiches d'enquête au total.

4.3 Période d'étude

L'étude a débuté en Février 2019 et s'est terminée en Novembre 2019.

4.4 Population d'étude

L'étude portait sur les:

- Pharmaciens d'officines ;
- Personnels de la pharmacie ;
- Assurés de l'assurance maladie obligatoire.

4.5 Critère d'inclusion

- Pharmaciens d'officine ;
- Tout patient assuré par l'assurance maladie obligatoire ;
- Personnels de l'INPS et CMSS présents au moment de l'enquête ;
- personnel de la pharmacie.

4.6 Critère de non inclusion

- Assurés d'une autre assurance différente de l'AMO ;
- les clients non assurés ;
- les pharmaciens ayant refusé de participer à l'enquête ;
- Les personnes ayant refusé de participer à l'enquête.

4.7 Recueil d'information

La collecte des données a été faite à partir d'une fiche d'enquête individuelle, adressée aux pharmaciens, aux assurés AMO, personnels et personnes travaillant à l'INPS, à la CMSS et à la CANAM dans les officines choisies au moment de l'enquête.

4.8 Saisie des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel Microsoft Word 2010, et le logiciel SPSS 20.

4.9 Aspects éthiques :

La confidentialité par l'anonymat des participants a été garantie. La participation a été volontaire après l'obtention d'un consentement verbal. L'étude a été autorisée par le doyen de la FAPH et les pharmaciens des officines retenues.

RESULTATS

4. RESULTATS

L'étude s'est déroulée dans 29 Pharmacies privées et le dépôt de médicament du CSREF de la commune v du district de Bamako.

Tableau I : Répartition des assurés en fonction des pharmacies

Pharmacies	Effectif	Pourcentage
Kariba David	5	3,3
Dunia	5	3,3
Komoga +	5	3,3
Niger	5	3,3
Pharmacie 2000	5	3,3
CSREF Commune V	5	3,3
Penda	5	3,3
Ky Michel	5	3,3
Serviteur	5	3,3
Tientin Bamba	5	3,3
Kijuru Pathe Jallo	5	3,3
Ganfoude	5	3,3
Gabou Diawara	5	3,3
Reference	5	3,3
Saint Joseph	5	3,3
Sabalibougou Marche	5	3,3
Souleymane Kone	5	3,3
Nouhoum Samake	5	3,3
Kala Santé	5	3,3
Badala Marche	5	3,3
Wassa	5	3,3
Fagnime	5	3,3
Renaissance	5	3,3
Djimmi	5	3,3
Adevi	5	3,3
Mariam Cisse	5	3,3
Sodiya	5	3,3
Yaye Diakite	5	3,3
Baba Diarra	5	3,3
Aissata Sall	5	3,3
Total	150	100%

La répartition des assurées était équitable dans les 29 officines et le dépôt de médicament du CSREF.

Tableau II : difficultés liées à la dispensation des ordonnances AMO dans les officines

Différentes difficultés	Effectif	Pourcentage
Lisibilité des ordonnances	22	15
Ouverture des droits	14	9,3
Absence de certains médicaments sur la liste AMO	23	15,3
Non correspondance des orthographes des médicaments écrits	26	17,3
Absence du cachet du prescripteur	28	18,6
Absence du cachet de validation des feuilles de soins	37	24,6
Total	150	100%

La difficulté majeure réside dans l'absence du cachet de validation des feuilles de soins soit 24,6%.

Tableau III : Délai de dispensation des ordonnances AMO

Nombre de jours	Effectif	Pourcentage
délai réglementaire (10)	2	6,7
15 jours	5	16,7
30 jours	23	76,7
Total	30	100%

Le délai de dispensation n'est pas respecté dans beaucoup de pharmacie soit 76,7%.

Tableau IV : Avis des pharmaciens sur la substitution des produits

Accord du droit de substitution	Effectif	Pourcentage
Non	3	10
Oui	27	90
Total	30	100%

La substitution se fait dans plusieurs pharmacies avec un taux de 90%.

Tableau V : Motifs de rejet

Motifs de rejet	Effectif	Pourcentage
Médicaments hors liste	14	47
Absence du cachet de validation des feuilles de soins	16	53
Total	30	100%

Le motif de rejet le plus fréquent est l'absence du cachet de validation des feuilles de soins avec 53%.

Tableau VI: Avis des pharmaciens par rapport au délai de paiement par la CANAM

Délai de paiement	Effectif	Pourcentage
Délai réglementaire	12	40
Délai non réglementaire	18	60
Total	30	100%

Le délai de paiement n'est pas toujours respecté soit 60%.

Tableau VII : Répartition des assurés selon l'organisme gestionnaire délégué

Organisme de gestion	Effectif	Pourcentage
CMSS	69	46
INPS	81	54
Total	150	100%

La majeure partie des assurés étaient de l'INPS, soit 51,8%.

Tableau VIII : Difficultés rencontrées par les assurés dans les officines

Différentes difficultés	Effectif	Pourcentage
Accueil	10	6,6
Aucune difficulté	10	6,6
Mauvaise orientation	9	6
Non initiation du personnel	10	6,6
Manque de produit	16	10,6
Temps d'attente	25	16,6
Exigence par rapport au remplissage des feuilles de soins	70	47
Total	150	100%

Selon 47% des assurés les pharmaciens sont trop exigeants par rapport au remplissage des feuilles de soins par les prescripteurs.

Tableau IX : Avis des assurés sur la disponibilité des médicaments au niveau des officines

Médicaments	Effectif	Pourcentage
Disponibles	131	87
Non disponibles	19	13
Total	150	100%

Dans beaucoup de pharmacies la disponibilité des médicaments est garantie soit 87% des assurés.

Tableau X : Niveau de satisfaction des assurés par rapport à la dispensation des médicaments dans les pharmacies

Satisfaction des assures	Effectif	Pourcentage
Peu satisfait	14	9,3
Satisfait	60	40
Insatisfait	76	51
Total	150	100%

La majorité des assurés ne sont pas satisfaits de la dispensation soit 51%.

Tableau XI : Répartition des assures selon les raisons d'insatisfaction

Raisons évoquées	Effectif	Pourcentage
Temps d'attente long	41	27
Différence de prix	45	30
Exigence par rapport au remplissage	64	43
Total	150	100%

La raison la plus évoquée par les assurés non satisfaits a été : exigence par rapport au remplissage des feuilles soit 43%.

Tableau XII : Avis des assurés sur le délai de réouverture des droits

Réouverture du droit	Effectif	Pourcentage
Long	6	4
Court	144	96,0
Total	150	100%

Le délai de réouverture de droit est acceptable pour la majorité des assurés avec un taux de 96%.

Tableau XIII : Répartition des pharmacies par rapport à l'utilisation rigoureuse de la liste des médicaments conventionnés

Vérification des produits liste	Effectif	Pourcentage
Non	7	23
Oui	23	77
Total	30	100%

La majorité des pharmacies vérifient la liste avant de servir soit 77%.

Tableau XIV: Répartition des assurés par rapport au désagrément causé par la différence de prix

Désagrément par rapport à la différence de prix	Effectif	Pourcentage
Oui	132	88
Non	18	12
Total	150	100%

Beaucoup d'assurés rencontrent des désagréments par rapport à la différence de prix soit 88%.

Tableau XV : Avis des assurés sur la substitution des médicaments

Substitution	Effectif	Pourcentage
Non	63	42
Oui	87	58
Total	150	100%

La majorité des assurés accepte une substitution de produits mais de même principe actif soit 58%.

6. Les bénéfices de l'Assurance Maladie Obligatoire

L'assurance Maladie Obligatoire aide chacun au quotidien, à être acteur de sa santé, à travers une offre de services adaptés et un accompagnement à tous les niveaux. C'est une mise en commun des risques et des ressources. Elle permet :

- La réduction de la pauvreté et la vulnérabilité des populations par l'amélioration de la solvabilité des assurés ;
- La concrétisation du slogan "santé pour tous" par l'amélioration de l'accès aux soins de santé sans discrimination (de sexe, race, religion) ;
- Favoriser l'utilisation sans crainte des services de santé de ;
- Participer pleinement à l'amélioration de l'accès aux soins de santé des bénéficiaires, grâce à un meilleur accès aux soins de santé par la levée de la barrière financière jusque-là motivée par le paiement direct.
- La caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS), à travers plusieurs activités, joue son rôle d'Organisme Gestionnaire Délégué (OGD) pour permettre aux affiliés de bénéficier pleinement des avantages de l'AMO.

Un régime qui permet de cotiser en fonction de vos ressources et d'être pris en charge en fonction de vos besoins.

7. Commentaires et Discussion

7.1. Limites de l'étude :

Les limites de l'étude étaient :

- le choix d'une commune parmi les VI du district de Bamako;
- l'indisponibilité de certains pharmaciens,
- le manque de temps et le refus catégorique de certains pharmaciens;

L'étude pouvait s'étendre dans toutes les communes pour une comparaison de résultats à propos de l'AMO. Nous avons été confrontés au refus de certains patients à cause du temps pris sur les ordonnances AMO au moment de la dispensation.

7.2. Dispensations des ordonnances AMO :

La validation des feuilles de soins était basée sur certains points : vérification de la validité des cartes AMO. La présence du cachet de validation, cachet du prescripteur, code du prescripteur, lisibilité, absence de rature et modification du nom ou quantité des médicaments prescrits. Une vérification des produits est effectuée parce que la plupart des prescripteurs ne consultent pas la liste des médicaments, consommables médicaux et dispositifs médicaux au moment de la prescription.

Une bonne pratique de dispensation, un bon accueil et une bonne orientation des clients ainsi qu'une bonne collaboration entre la CANAM et les pharmaciens, ne sont pas les seuls rôles des pharmaciens.

Les principaux problèmes rencontrés par les pharmaciens sont les au motif d'absence du cachet de validation soit 24,6 % et l'absence achet du prescripteur soit 18,6 %.

Ces problèmes sont plus fréquents chez les malades assurés par l'INPS.

Les principaux problèmes rencontrés par les pharmaciens sont les rejets aux motifs de l'absence du cachet de validation des feuilles de soins et le cachet du prescripteur.

Le pharmacien a le droit de substituer une spécialité pharmaceutique par une autre « essentiellement similaire », il ne peut en changer ni la forme ni le dosage. Cette compétence est conférée par le décret n°95-448/P-RM du 27 Décembre 1995 autorisant la substitution des médicaments essentiels par les spécialités pharmaceutiques.

La majorité des assurés se plaignent de la lenteur, des exigences dans la vérification des feuilles et de la différence de prix par rapport au même produit.

Kanté. M en 2015 avait trouvé que 65,3% des assurés étaient non satisfaits de l'AMO pour des raisons de temps d'attente long ainsi que du manque de professionnalisme des agents du guichet AMO(31).

L'étude d'ALAYE DIAH en 2018 a révélé que la satisfaction par les assurés était de 86,5%. (32)

7.3 Entretiens avec quelques acteurs (INPS, CMSS)

Selon vous qu'est ce qui empêche l'actualisation de la liste AMO ?

La liste AMO a été actualisée depuis l'année dernière et validée avec une note à l'appui mais ce n'est pas encore en vigueur.

Que pensez-vous de la différence de prix sur certains médicaments et le reliquat payé par les assurés ?

Le prix des médicaments change au fil du temps en fonction des fournisseurs, et les conditions d'acquisition des produits.

La dernière actualisation de la liste des médicaments conventionnés date de 2014.

L'uniformisation des prix des médicaments importés par les pharmaciens présents sur la liste AMO est-elle possible ?

Cette situation doit être vue par le conseil national de l'ordre des pharmaciens pour que les prix soient uniformes avec ceux présents sur la liste AMO.

Est-ce que les pharmaciens sont recrutés par les organismes de gestion (INPS, CMSS) ?

Oui les organismes de gestion disposent de toutes les spécialités, tous les corps y compris les pharmaciens et les médecins.

Quels sont les motifs de rejet des feuilles de soins au niveau de la Direction Générale (CMSS) ?

- Produits non conventionnés dans l'AMO,
- Abus de consommation,
- Absence de cachet de validation de l'espace AMO,

- Ordonnance surchargée et sans posologie,
- Médicaments de l'enfant et de l'adulte sur la même feuille de soins,
- Irrégularité nécessitant des investigations (suspicion de fraudes) ;
- Rajout de certains médicaments ou examens complémentaires ;
- Prescription de médicaments ayant le même principe actif ;
- Incompatibilité avec le sexe du bénéficiaire ;
- Prix supérieur à celui de l'AMO ;
- Absence de cachet personnel et de code du prescripteur ;
- Cachet non conforme aux spécialités, code non conforme au cachet.

7.4 Entretiens avec le CNOP

Propositions d'amélioration

- Respecter l'article 40 de la convention sectorielle entre la CANAM et les Officines de pharmacie
- La CANAM doit améliorer les ordonnances AMO
- Recruter les pharmaciens au niveau de la CANAM
- Renforcer la communication entre la CANAM, les pharmaciens, pour avoir une solution à la différence de prix sur certains médicaments, pour la bonne marche du système.

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

8. Conclusion :

Notre étude a concerné 29 officines et le dépôt de médicament du CSREF de la commune v du district de Bamako, dans le cadre de l'évaluation de la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire. Au cours de l'enquête, 43% des assurés ont affirmé qu'il y a trop d'exigence par rapport au remplissage des feuilles de soins avant d'être pris en charge.

La différence de tarif par rapport à celui de l'AMO a été signalée par beaucoup d'assurés comme une difficulté au moment de la dispensation dans les pharmacies, parce que malgré les explications fournies c'est toujours non compris et non accepté par la plupart des assurés.

Dans la majorité des cas, 51,9% des pharmaciens avaient trouvé que la CANAM ne procédait pas au règlement des factures échues dans les délais requis.

Le décret n°95-448/P-RM du 27 Décembre 1995 autorisant la substitution devrait être appliqué pour une plus grande satisfaction des assurés et une diminution des dépenses au niveau des caisses.

8.1 Recommandations

➤ Aux assurés de l'AMO :

Eviter la surconsommation des médicaments ;

Eviter la fraude à l'identité.

➤ A la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) :

- Mettre en ligne la liste actualisée de l'AMO ;
- Actualiser la liste et le prix des médicaments de façon périodique ;
- Améliorer le système de paiement des pharmaciens pour la pérennité du système ;
- Améliorer les fiches de soins pour éviter les rejets ;
- Informer les pharmaciens de vos critères de rejet d'ordonnance AMO ;
- Recruter d'avantage les pharmaciens a la CANAM.

➤ Aux Pharmaciens :

- Se fier aux règles de la convention sectorielle dans la dispensation des produits ;
- Respecter les prescriptions du médecin ;
- Ne modifier que si c'est nécessaire tout en conservant la molécule ;
- Employer du personnel « pharmacien » pour la vente des produits ;
- Bien vérifier les ordonnances tout en restant indulgents à l'égard des assurés ;
- Trouver un point d'entente sur la différence de prix de certains médicaments entre pharmaciens et la CANAM ;
- Expliquer cette différence de prix aux assurés.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

Référence :

1. L'Assurance Maladie Obligatoire à l'officine cnop.sante.gov.ml.
2. L'assurance Maladie Obligatoire au Mali .[https://readtersf .ml › data › téléchargement](https://readtersf.ml/data/telchangement).
3. Voir le document d'information -<< Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale >> sur lequel s'appuie la résolution adoptée par l'Assemblée Mondiale de la santé (résolution WHA58.33), [www.who.int/health -financing](http://www.who.int/health-financing).
4. (R) Conception des systèmes de financement de la santé en vue de réduire les dépenses de santé catastrophiques (Ke Xu et al., 2005).
5. [[https://www .ilo.org › docs › MLI 6990](https://www.ilo.org/docs/MLI6990)].
6. OMS. Rapport Mondial de la santé 2010 (internet).disponible sur : [http //apps .who.int /iris /bitstream/10665/44372/1/9789242564020_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44372/1/9789242564020_fre.pdf).
7. Convention –pharmacien-canam.pdf <http://malijet.com>> la-sante-au-mali.
8. GUY CARRIN, Chris James .L'assurance Maladie Obligatoire : Transition vers la couverture universelle et évaluation de la performance. In Gilles Dussault, Pierre Fournier, Alain Letourmy, l'assurance maladie en Afrique francophone améliore l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Washington Banque Mondiale, 2006.456p.
9. Site AMO INPS-MALI.
10. MaliActu(2013).
L'assurance maladie obligatoire, un important jalon : pour la couverture universelle .Publié le 18 octobre 2013. Disponible à l'adresse : < [http://mali actu. Net / l'assurance maladie obligatoire-un-important-jalon-pour-la-couverture-universelle](http://maliactu.net/l-assurance-maladie-obligatoire-un-important-jalon-pour-la-couverture-universelle).
11. Article 37 des dispositions générales de la loi n°-9-15 du 26 juin 2009 portant institution du régime d'assurance maladie obligatoire .WWW.MLI-96990 PDF.
12. CANAM, SYNAPPO, CNOP. Convention sectorielle entre la caisse nationale d'assurance maladie et les officines de pharmacie.2011.
13. (EDSM V), Présentation générale du pays et méthodologique de l'enquête, Mai 2014, P4.
14. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Version validée plan décennal de développement sanitaire et social (2014-2023). Mali ; P n°2-15P45. Rapport n°1.
15. Dussault G. Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. France ; 2007. N° 15-25 p340.
16. Régime Malien de sécurité sociale /AMO consulté sur www.cleiss.fr/docs/regimes/regime-Mali.htm:le.
17. Ministère du développement social de la solidarité et des personnes âgées, (2014) ; Lois et Décret régissant le régime d'Assurance Maladie Obligatoire, en république du Mali ; P2-13.
18. CNOL.Sante.gov.ml docs l'Assurance Maladie Obligatoire à l'officine.
19. Présentation Synappo.pptx .l'Assurance Maladie Obligatoire à l'officine : Bilan et perspectives Février 2017.10 eme journée scientifique synappo HPP ; www.google.com/m ?.
20. D'après l'article <.5111-1 du code de la sante publique en France.

21. Sissoko M, (1988) ; << contribution à la définition d'une politique de médicament essentiel au Mali. >> ; thèse de pharmacie 1988 ; P-<<35>>
22. Agence Francophone pour l'enseignement supérieur et la recherche, (2017) ; J-P. Belon 2^e Edition : conseils à l'officine 'P-18.
23. Belon j-p. Conseil à l'officine. 2011 ED. Belgique : Elsevier Masson ; 552P.
24. Académie Nationale de pharmacie, (2012) ; Rapport << de médicaments génériques >> ; p-14.
25. M.El Hadji Ladji Sanogo Etude De La Dispensation Des Ordonnances De L'Assurance Maladie Obligatoire AMO Dans 5 Officines De Pharmacie De La Ville De Kayes Au Mali. Thèse 2018.
26. Académie Nationale de Pharmacie - Institution [Internet]. Disponible sur : http://www.acadpharm.org/institution/html.php?zn=20&lang=fr&id=&id_doc=1
27. MAZALEYRAT S. Le pharmacien d'officine, véritable acteur de sante publique : Mise en place de différents outils pour la prise en charge du patient à l'officine et la coopération Interprofessionnelle [Consulté le 18 Novembre 2017] [Thèse de Pharmacie]. [France]: Université de Limoges; 2013. Disponible sur : <http://studylibfr.com/doc/6064506/le-pharmacien-d-officine-v%C3%A9ritable-acteur-de-sant%C3%A9-publi>.
29. COULIBALY M. Groupe de recherche en économie appliqué et théorique (GREAT) [Consulté disponible sur : <https://www.internationalbudget.org/wpcontent/uploads/Mali-Communal-Budget-Transparency-Index-French.pdf>. Eric F. La responsabilité juridique du pharmacien. Paris; 2002. N° 9-36-37-38-39 p153. Aiache J-M. Initiation à la connaissance du médicament. 2010e éd. France; 532 p.
30. Dussault G. Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. France ; 2007. N° 15-25 p340.
31. Mme KEITA, Maimouna Kanté Enquête de Satisfaction des Assurés AMO au Niveau de deux Centres de Sante de Références du District de Bamako.
32. M. Alaye Diah Rôle et Responsabilité du Pharmacien dans la mise en œuvre de la Politique de l'Assurance Maladie Obligatoire au Mali. Thèse 2018.

ANNEXES

Textes Régissant l'Assurance Maladie Obligatoire

Lois

Vu la Loi N°96-061 du 04 novembre 1996 portant principes fondamentaux de la Comptabilité publique ;

Vu la Loi N°96-004 du 26 janvier 1996 portant création de l'Institut National de Prévoyance Sociale ;

Vu la Loi No 10-029 du 12 juillet 2010 portant création de la Caisse Malienne de Sécurité Sociale;

Vu la Loi N°09-015 du 26 juin 2009 portant institution du régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;

Vu la loi n°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoires.

Vu la Loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ;

Vu la Loi N°09-030 du 27 juillet 2009 portant institution du Régime d'Assistance Médicale;

Vu la Loi N°09-031 du 27 juillet 2009 portant création de l'Agence Nationale d'Assistance Médicale ;

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

Loi n°09- 0 15 du 26 Juin 2009

**PORTANT INSTITUTION DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE**

L'Assemblée Nationale a délibéré et adopté en sa séance du 11 Juin 2009;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit:

TITRE I: DES DISPOSIBLES GENERALES

CHAPITRE I: DE L'OBJET

Article 1: Il est institué en République du Mali un régime d'Assurance Maladie Obligatoire en abrégé AMO.

Article 2: Le régime d'Assurance Maladie Obligatoire vise à permettre la couverture des frais de soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leur famille à charge.

CHAPITRE II: DES DEFINITIONS

Article 3: Pour l'application des dispositions de la présente loi, il faut entendre par:

Accident du travail: accident, quelle qu'en soit la cause, survenu par le fait ou à l'occasion du travail au travailleur.

Assujetti: toute personne soumise au régime d'assurance maladie obligatoire eu égard à son statut.

Assurance maladie: dispositions qui permettent de couvrir, par une mise en commun des risques et des ressources, les frais des soins de santé et de maternité.

Assurance volontaire aux régimes de l'INPS: ensemble des dispositions qui permettent de couvrir les personnes non assujetties au régime de l'INPS.

Assuré: toute personne assujettie qui bénéficie de la couverture de l'assurance maladie.

Convention: contrat passé entre l'organisme de gestion de l'assurance maladie et le (s) représentant (s) des prestataires de soins de santé.

Fonctionnaire: tout personnel titulaire ayant vocation exclusive à occuper au sein des services publics de l'Etat et des Collectivités Territoriales les emplois administratifs permanents.

Maladie: toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maladies professionnelles: maladies ou manifestations morbides dont l'origine est imputable à l'activité professionnelle du travailleur.

Médecin/ Pharmacien Conseil: praticien exerçant un contrôle médical/pharmaceutique pour le compte d'un régime d'assurance maladie.

Organisme de gestion : organisme qui a en charge la gestion du régime d'assurance maladie obligatoire.

Pensionné : toute personne titulaire d'une pension allouée en vertu des régimes suivants :

- le régime de pensions du secteur privé ;
- le régime de retraite parlementaire ;
- le régime des pensions des fonctionnaires ;
- le régime général des pensions militaires.

Période de Stage : délai entre le début de paiement des cotisations et le début du bénéfice des prestations par l'assuré.

Prestataire de soins de santé : toute personne ou structure soignant exerçant dans le domaine médical ou paramédical et tout professionnel participant aux soins à fournir aux bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire.

Prise en charge : couverture financière par l'assurance maladie des frais de soins dont bénéficie le patient sous forme de paiement direct au prestataire de soins de santé.

Régime d'Assurance Maladie Obligatoire : ensemble des dispositions d'ordre public qui fixent la situation des personnes couvertes au regard de l'assurance maladie.

Risque : événement susceptible de supprimer ou de diminuer la capacité de gain d'un assuré social (maladie) ou encore augmenter ses charges (maternité).

Système de tiers payant : mécanisme de facilité de paiement dans lequel l'assurance maladie paye directement au prestataire de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire à l'exclusion du ticket modérateur.

Ticket modérateur : partie des frais de soins de santé qui reste à la charge de l'assuré et qui n'est pas couverte par le régime d'assurance maladie.

CHAPITRE III : DES PRINCIPES

Article 4: L'Assurance Maladie Obligatoire est fondée sur les principes de la solidarité, de la contribution, de la mutualisation des risques et du tiers payant.

Les personnes assurées et les bénéficiaires doivent être couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature de leur revenu, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence.

TITRE III: DU CHAMP D'APPLICATION

CHAPITRE I : DES ASSUJETTIS.

Article 5: Sont assujettis à l'Assurance Maladie Obligatoire :

- les fonctionnaires civils de l'Etat et des collectivités territoriales, les militaires et les députés;
- les travailleurs au sens du Code du Travail ;
- les titulaires de pensions des secteurs publics et privé, les titulaires des pensions parlementaires et les titulaires de pension militaire ;
- les employeurs des secteurs public et privé. Sont assimilés aux employeurs assujettis à l'Assurance Maladie Obligatoire les organismes gérant des régimes publics de pensions.

Article 6: Peuvent adhérer à l'Assurance Maladie Obligatoire, les personnes affiliées au régime d'assurance volontaire de l'Institut National de Prévoyance Sociale.

CHAPITRE II : DES BENEFICIAIRES

Article 7 : Bénéficiaire de l'Assurance Maladie Obligatoire, les personnes physiques assujetties et les membres de leurs familles à charge. Sont considérés comme membres de la famille à charge de l'assuré :

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

Article 8: Sont enfants à charge

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

Article 9 : Sont ascendants directs à charge, le père et la mère de l'assuré à condition que ceux-ci soient économiquement dépendants de l'assuré et ne bénéficient pas à titre personnel du régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

CHAPITRE III: DES PRESTATIONS GARANTIES

Article 10: L'Assurance Maladie Obligatoire donne droit à la prise en charge directe des frais de soins curatifs, préventifs et de réhabilitation médicalement requis par l'état de santé ou par la maternité des bénéficiaires.

- Pour les risques faibles : les consultations générales ou spécialisées, les médicaments, les analyses de laboratoire et imagerie médicale, soins médicaux, soins dentaires (sans prothèse) ;

- Pour les gros risques : les hospitalisations simples, les hospitalisations avec intervention chirurgicale. Les conditions et modalités de prise en charge directe des frais de soins de santé sont déterminées par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 11 : La liste des prestations garanties est fixée par arrêté conjoint du Ministre en charge de la Protection Sociale et du Ministre de la Santé.

Article 12 : Les risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles demeurent régis par la législation et la réglementation les concernant.

Article 13 : Sont exclues du champ des prestations garanties par l'Assurance Maladie Obligatoire, les interventions de chirurgie esthétique, les cures thermales, l'acupuncture, la mésothérapie, la thalasso thérapie, l'homéopathie et les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce, la lunetterie, les prothèses dentaires et toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et des médicaments établie par arrêté conjoint du Ministre en charge de la Protection Sociale et du Ministre de la Santé

TITRE III : DE LA PRISE EN CHARGE

CHAPITRE I : DES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Article 14 : L'Assurance Maladie Obligatoire garantit la prise en charge directe d'une partie des frais de soins de santé par l'organisme de gestion ; l'autre partie restant à la charge de l'assuré. Toutefois, l'assuré conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restant à sa charge.

Article 15 : Les taux de couverture par prestation ou groupes de prestations couvertes sont fixés par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 16 : La prise en charge des frais de soins de santé par l'Assurance Maladie Obligatoire est effectuée :

- à l'acte sur la base de la nomenclature des actes médicaux et des médicaments fixée par Arrêté conjoint du Ministre en charge de la Protection Sociale et du Ministre de la Santé;
 - éventuellement, sous forme de forfait par pathologie ou par groupe homogène de maladie.
- Dans tous les cas, la facturation des prestations de soins doit être établie suivant les règles définies par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 17 : La tarification nationale de référence pour la prise en charge des prestations de soins garanties est celle établie par le Ministère de la Santé. Toutefois, une tarification préférentielle peut être établie par voie de convention négociée entre l'organisme de gestion et les prestataires de soins de santé. Pour les médicaments, le tarif national de référence est le prix public desdits médicaments établi par le Ministère de la Santé.

Article 18 : Les prestations garanties au titre de l'Assurance Maladie Obligatoire ne peuvent être prises en charge que si les soins ont été prescrits et exécutés sur le territoire national.

Article 19 : Le bénéficiaire de l'Assurance Maladie Obligatoire conserve le libre choix du praticien de l'établissement de santé dans le respect de la pyramide sanitaire et sous des mesures de régulation fixées par la présente loi et les textes pris pour son application.

Article 20 : sont déterminés par décret pris en conseil des Ministres : - les modalités de dépôt des documents attestant les frais exposés par le prestataire de soins de santé ainsi que le délai de ce dépôt; - le délai maximum pour le déboursement au profit du prestataire de soins de santé.

CHAPITRE II : DU CONVENTIONNEMENT

Article 21 : Les relations entre l'organisme de gestion et les prestataires de soins de santé publics, privés ou communautaires sont régies par des conventions qui sont conclues entre l'organisme de gestion et les représentants de ces prestataires.

Article 22 : Un modèle pour chaque type de convention est établi sur proposition de l'organisme de gestion après consultation des représentants des organisations professionnelles des prestataires de soins de santé et approuvé par arrêté du Ministre chargé de la Protection Sociale.

Article 23 : les conventions fixent :

- les obligations des parties contractantes;
- les tarifs de référence des prestations de soins; les outils de maîtrise des dépenses de santé;
- les outils de garantie de la qualité des services;
- les procédures et les modes de paiement des prestataires de soins;
- les mécanismes de résolution des litiges.

Article 24 : Les délais et les modalités de conclusion des conventions sont fixés par décret pris en Conseil des Ministres.

Ces conventions doivent être préalablement à leur mise en œuvre, approuvées par le Ministre chargé de la Protection Sociale. A défaut d'accord sur les termes, lors de la signature d'une convention, le Ministre chargé de la Protection Sociale reconduit d'office la convention précédente lorsqu'elle existe ou, le cas échéant, édicte un règlement provisoire s'imposant aux parties en désaccord et dont la durée ne peut excéder trois mois.

Article 25 : Le Ministre chargé de la Protection Sociale peut décider, sur demande de l'organisme de gestion et sans préjudice des sanctions prononcées par les ordres professionnels, de placer un prestataire de soins médicaux hors convention pour non-respect ou violation des termes de la convention, après lui avoir permis de s'expliquer. Cette mise hors convention est décidée soit pour une durée déterminée soit définitive.

Article 26 : La prise en charge des frais des prestations de soins garanties par la présente loi s'effectue, quel que soit le prestataire de soins, sur la base du tarif national de référence défini dans la convention.

CHAPITRE III : DU CONTROLE MEDICAL

Article 27 : L'organisme de gestion est tenu d'organiser un contrôle médical ayant pour objet, notamment, de vérifier, auprès des prestataires de soins, la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, d'apprécier la validité des prestations au plan technique et médical et de constater, le cas échéant, les abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation.

Article 28 : Le contrôle médical est confié à des médecins et des pharmaciens conseils et autres professionnels agréés par l'organisme de gestion chargés essentiellement des missions suivantes :

- le suivi et le contrôle de la qualité des services rendus par les prestataires de soins et l'observation de leur accommodement avec l'état de santé du bénéficiaire ;
- la coordination entre les différents intervenants en vue de garantir une prise en charge adéquate des prestations de soins fournies aux assurés et leurs ayants droit ;
- le suivi de l'évolution des dépenses de santé des assurés ;

- l'émission d'avis concernant la prise en charge des prestations de soins soumises à accord préalable.

Article 29 : Les praticiens chargés du contrôle médical ne peuvent cumuler la fonction de prestataires de soins et la fonction de contrôle pour le dossier objet du contrôle.

Article 30 : Sous réserve du respect des principes déontologiques. Et de la législation en vigueur, les médecins et pharmaciens conseils peuvent, à l'occasion de l'exercice de leurs missions :

- convoquer le bénéficiaire des prestations de soins et le soumettre au diagnostic ou le cas échéant à l'expertise ;
- obtenir tous les renseignements se rattachant à l'état de santé du bénéficiaire ;
- accéder au dossier médical du bénéficiaire ;
- demander des éclaircissements aux prestataires de soins concernant l'état de santé du bénéficiaire ;
- visiter les structures sanitaires pour constater les conditions de prise en charge des bénéficiaires.

Article 31 : Les praticiens et/ou les directeurs des établissements de santé, quel que soit leur statut, sont tenus de permettre le libre accès du praticien chargé du contrôle médical aux lieux d'hospitalisation et de mettre à sa disposition tous les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission de contrôle. Les médecins traitant peuvent assister aux examens médicaux de contrôle, à la demande du bénéficiaire ou du praticien chargé de ce contrôle.

Article 32 : Aucun bénéficiaire des prestations prévues par la présente loi ne peut se soustraire au contrôle médical. En cas de refus, la prise en charge des prestations de soins est suspendue pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible.

Article 33 : En cas de contrôle médical, la décision prise par l'organisme de gestion à la suite dudit contrôle est portée à la connaissance de l'intéressé.

Celui-ci a le droit de contester ladite décision auprès de l'administration centrale en charge de la Protection Sociale et ses services régionaux qui désignent un médecin expert pour procéder à un nouvel examen. Les conclusions du médecin expert s'imposent aux deux parties.

Article 34 : Les modalités, les conditions et les délais dans lesquels s'exerce le contrôle médical sont fixés par arrêté conjoint du Ministre en charge de la Protection Sociale et du Ministre de la Santé.

TITRE IV: DE LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

CHAPITRE I : DES CONDITIONS D'OUVERTURE, DE MAINTIEN, DE SUSPENSION OU DE FERMETURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Article 35 : L'ouverture du droit aux prestations d'Assurance Maladie Obligatoire est subordonnée au paiement préalable des cotisations. L'organisme de gestion suspend le service des prestations lorsque ce paiement n'a pas effectivement eu lieu.

Article 36 : Une période de stage préalable de six mois consécutifs à l'ouverture du droit aux prestations est obligatoire.

Article 37 : L'organisme de gestion est tenu de vérifier et contrôler l'admissibilité des personnes assujetties et valider en permanence l'ouverture et la fermeture du droit aux prestations de l'assurance Maladie Obligatoire.

Article 38 : Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayants droit, du régime d'Assurance Maladie Obligatoire bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations pendant une période maximum de six mois. Toutefois, si pendant cette période l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour le bénéfice du régime d'Assurance Maladie Obligatoire ou du régime d'Assistance Médicale, le droit aux prestations du régime dont il relevait antérieurement est supprimé.

Article 39 : Les ayants droit de l'assuré décédé qui ne bénéficient d'aucune pension de survivant continuent de bénéficier, pendant une période d'une année, des prestations du régime d'Assurance Maladie Obligatoire dont relevait le défunt.

CHAPITRE II : DE L'AFFILIATION ET DE L'IMMATRICULATION

Article 40 : Pour bénéficier des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, l'assuré et ses ayants droit doivent être affiliés et déclarés à l'organisme de gestion.

Article 41 : Les modalités d'affiliation et d'immatriculation des assujettis au régime d'Assurance Maladie Obligatoire sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres.

CHAPITRE III : DES INCOMPATIBILITES

Article 42 : Dans le cadre de la gestion du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire, il est interdit de cumuler la gestion des risques avec celle de l'établissement assurant des prestations de diagnostic, de soins ou d'hospitalisation et/ou de l'établissement ayant pour objet la fourniture de médicaments, matériels, dispositifs et appareillages médicaux. Les organismes gestionnaires délégués doivent se conformer, dans un délai de cinq ans, aux dispositions relatives aux présentes incompatibilités.

TITRE V : DE L'ORGANISATION FINANCIERE, COMPTABLE ET TECHNIQUE

CHAPITRE 1 : DES RESSOURCES

Article 43 : Les ressources du régime d'Assurance Maladie Obligatoire sont constituées par :
- les cotisations, majorations, astreintes et pénalités de retard dues ; - les produits financiers ; -
le revenu des placements ; les subventions ; - les dons et legs ; - toutes autres ressources
attribuées au régime d'assurance maladie obligatoire en vertu d'une législation ou d'une
réglementation particulière.

Article 44 : L'assiette des cotisations des assurés est définie selon le statut de la rémunération
ou du revenu des personnes assujetties. Pour les salariés et fonctionnaires civils et militaires,
la cotisation est assise sur l'ensemble des rémunérations perçues par ces personnes, y compris
les indemnités et primes.

Pour les députés, la cotisation est assise sur les indemnités parlementaires.

Pour les titulaires de pensions, la cotisation est assise sur le montant de la pension servie par
les régimes de retraite de l'assuré à l'exception de la pension de retraite complémentaire,
lorsqu'elle existe.

Pour les personnes affiliées au régime d'assurance volontaire de l'Institut National de
Prévoyance Sociale, la cotisation est assise sur le revenu forfaitaire de leurs classes de
revenus.

Article 45 : Le taux de cotisation est fixé par décret pris en conseil des ministres. Il doit être
calculé de manière à assurer l'équilibre financier du régime d'Assurance Maladie Obligatoire
en tenant compte des charges des prestations, des coûts de gestion administrative et pour
alimenter la réserve de sécurité. En cas de déséquilibre, le réajustement du taux de cotisation
est opéré dans les mêmes conditions.

Article 46 : Il est interdit à l'organisme de gestion d'utiliser les ressources de l'Assurance
Maladie Obligatoire à des fins autres que celles prévues par la présente loi.

Article 47 : L'employeur est débiteur vis-à-vis de l'organisme de gestion de la totalité de la
cotisation et est responsable de son versement.

Tout retard de paiement donne lieu à l'application d'une majoration de 2 % par mois de retard,
sans préjudice du droit pour l'organisme de gestion de recourir à l'application des dispositions

relatives à l'amende. Les cotisations font l'objet d'un prélèvement à la source par l'employeur et sont versées à l'organisme de gestion selon les conditions, modalités et délais fixés par décret pris en Conseil des Ministres. Article 48 : Les organismes gérant les régimes de pensions sont débiteurs vis-à-vis de l'organisation gestion des cotisations des pensionnés et sont responsables de leur versement. Article 49 : L'organisme de gestion est tenu de constituer des réserves financières. La nature et les modalités de constitution de ces réserves sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres. Article 50 : L'organisme de gestion est tenu d'observer un plan comptable spécifique en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur

CHAPITRE II : DU CONTROLE FINANCIER, COMPTABILITE ET TECHNIQUE

Article 51 : Les comptes et opérations de l'Assurance Maladie Obligatoire sont soumis chaque année à un audit comptable et financier externe diligenté par le Ministre en charge de la Protection Sociale. L'audit est obligatoirement réalisé à l'effet de s'assurer de la bonne santé financière de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Article 52 : Une étude actuarielle de l'Assurance Maladie Obligatoire sera effectuée à la fin de la 2^{ème} année de fonctionnement. Par la suite, une étude actuarielle est réalisée tous les cinq ans.

TITRE VI : CONTENTIEUX, RECOURS ET SANCTIONS

Article 53 : La vérification du respect de l'obligation d'assurance maladie est effectuée par les agents dûment mandatés à cet effet par le Ministre en charge de la protection sociale.

Article 54 : Lorsque l'événement ouvrant droit aux prestations est dû à la faute d'un tiers, l'organisme de gestion doit délivrer à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par l'assurance maladie sous réserve d'un droit de recours contre le tiers responsable. L'assuré ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable le droit de réclamer, conformément aux règles du droit commun, la réparation du préjudice causé.

Toutefois, l'organisme de gestion est subrogé de plein droit à l'assuré ou à ses ayants droit dans leur action contre les tiers responsable pour le montant des prestations octroyées. Le règlement amiable intervenu entre le tiers responsable et l'assuré ou ses ayants droit ne peut être opposé à l'organisme de gestion que s'il a été invité à participer à ce règlement.

Article 55 : Le recours contre le rejet d'une demande de prise en charge des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire ou de la restitution des cotisations indûment perçues, doit être, sous peine de déchéance, présenté au Ministre en charge de la Protection Sociale dans le délai d'une année à compter de la date de notification au requérant de la décision contestée.

Article 56 : Est passible d'une amende de 325 000 à 3 250 000 F CF A tout employeur qui ne procède pas dans les délais réglementaires à son affiliation à l'organisme de gestion avec l'Immatriculation de ses salariés dans un délai ne dépassant pas un mois.

Article 57 : Est passible d'une amende de 65 000 F CF A pour chaque salarié, tout employeur qui ne procède pas, dans les délais réglementaires, à l'immatriculation de ses salariés auprès

de l'organisme de gestion avec injonction de procéder à l'immatriculation des salariés concernés dans un délai ne dépassant pas un mois. Dans tous les cas, les salariés concernés conservent le droit de recours auprès de la juridiction compétente en vue d'obtenir les dommages et intérêts au titre des prestations dont ils ont été privés.

Article 58 : L'employeur qui n'a pas procédé au versement des cotisations, dans les délais prescrits, est passible d'une amende de 325 000 à 3 250 000 F CFA, sans préjudice pour l'organisme de gestion d'appliquer les procédures et sanctions prévues par la présente loi et/ou d'intenter une action judiciaire en recouvrement desdites cotisations. Article 59 : Est passible d'une amende de 325 000 à 3 250 000 F CFA l'employeur qui a procédé sciemment au prélèvement de cotisations salariales indues.

Article 60 : Est puni d'une amende de 65 000 à 325 000 F CFA et du remboursement des sommes indûment perçues au titre de l'Assurance Maladie Obligatoire, quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice de poursuites judiciaires.

Article 61 : Est passible d'une amende de 130 000 à 650 000 F CFA, le prestataire de soins qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration, sans préjudice des sanctions disciplinaires qui peuvent être prononcées à son encontre par l'ordre professionnel concerné ou de la mise hors convention et d'autres poursuites judiciaires.

Article 62 : Tout employeur qui fait sciemment de fausses déclarations à l'organisme de gestion ou aux personnes assermentées pour vérifier le respect de l'obligation d'assurance maladie est puni d'une amende de 325 000 à 3 250 000 F CFA.

Article 63 : Les praticiens ou les directeurs des établissements de Santé qui refusent le contrôle médical sont passibles d'une amende de 325 000 à 1 300 000 F CFA sans préjudice de poursuites judiciaires.

Article 64 : En cas de récidive, la sanction est portée au double pour toutes les peines prévues dans ce titre.

TITRE VII : DES PRESCRIPTIONS

Article 65 : sont prescrites par quatre ans :

- l'action par l'employeur en remboursement des cotisations indûment versées à l'organisme de gestion à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées ;
- l'action de l'organisme de gestion en recouvrement des prestations indûment payées à un bénéficiaire à compter de la date du paiement desdites prestations. Sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration;
- l'action du prestataire de soins de santé pour le paiement des soins délivrés par lui depuis six mois.

Article 66 : La prescription des cotisations et des majorations de cotisations est de trente ans s'il est établi que les cotisations ont été retenues sur les salaires sans avoir été versées par l'employeur. Le délai de prescription court à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements et mise en demeure adressés à l'employeur.

TITRE VIII : DE L'ORGANISME ADMINISTRATIF

Article 67 : La gestion du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire sera confiée à un organisme public qui délèguera certaines compétences à des organismes gestionnaires délégués. Les termes de la délégation des compétences de l'organisme public aux organismes gestionnaires délégués sont précisés par une Convention de délégation approuvée par décret pris en Conseil des Ministres.

CHAPITRE III : DES ORGANISMES GESTIONNAIRES DELEGUES

Article 68 : L'organisme public de gestion délègue, sous son contrôle, l'exécution des fonctions techniques de recouvrement des cotisations et de paiement des prestataires de soins à des organismes gestionnaires délégués.

Article 69 : Les organismes de gestion délégués sont, chacun en ce qui concerne sa population couverte,

Chargés de : - permettre l'attestation des droits des bénéficiaires auprès des formations conventionnées ;

- payer les prestataires de soins conventionnés dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire pour les services rendus aux bénéficiaires ;
- établir les statistiques et les données financières et comptables correspondant à leurs activités de gestion ;
- recouvrer et reverser à la Caisse les cotisations de l'assurance maladie.

Article 70 : Sont organisme gestionnaire délégués du régime d'assurance maladie obligatoire

- la Caisse des Retraites du Mali pour les fonctionnaires, civils et militaires, les députés et pensionnés de ces catégories ;
- l'Institut National de Prévoyance Sociale pour les salariés et les pensionnés de cette catégorie.

Article 71 : L'organisme public de gestion alloue aux organismes gestionnaires délégués des dotations de gestion couvrant leurs dépenses de prestations et de gestion courante. Elle les appuie et les contrôle.

Article 72 : La gestion de l'assurance maladie obligatoire par les organismes gestionnaires délégués est autonome par rapport à celle des autres prestations assurées par eux.

A cet effet, les opérations financières et comptables afférentes à l'assurance maladie obligatoire font l'objet d'un budget autonome.

Article 73 : Le budget autonome des organismes gestionnaires délégués comprend en recettes Les dotations de gestion allouées et en dépenses les paiements effectués au titre des prestations garanties et les dépenses de fonctionnement.

Article 74 : Les sessions des Conseils d'administration des organismes gestionnaires délégués relatives à l'assurance maladie obligatoire se tiennent séparément de celles relatives à la gestion des autres prestations.

TITRE IX: DES DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINANLES

Article 75 : Pendant une période de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, les employeurs publics ou privés qui, à cette date, assurent à leurs travailleurs une couverture médicale à titre facultatif, soit au moyen de contrats de groupe auprès de compagnies d'assurance, soit dans le cadre de mécanismes internes, doivent procéder à l'affiliation et à l'immatriculation de leurs travailleurs au régime de l'Assurance Maladie Obligatoire.

De même, les travailleurs qui, à cette même date, sont organisés en mutuelles pour s'assurer une couverture Médicale à titre volontaire doivent être obligatoirement affiliés et immatriculés au régime de l'Assurance Maladie Obligatoire. Toutefois, les employeurs et les travailleurs visés aux alinéas précédents peuvent transformer leur couverture Médicale en couverture complémentaire.

Article 76 : Un décret pris en Conseil des Ministres fixe les détails de l'application de la présente loi.

Article 77: La présente Loi abroge toutes dispositions antérieures contraires.

Bamako, le 26 juin 2009

Le Président de la République,

Amadou Toumani Toure

Décrets

PRIMATURE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - un But - une Foi

SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT

DECRET N° 10 578 /P-RM DU 25 OCT 2010

FIXANT LE TAUX DE COTISATIONS DU REGIME DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Vu la Constitution ;

Vu le Décret N°09-552/P-RM du 12 octobre 2009 fixant les modalités d'application de la Loi portant institution du régime d'assurance maladie obligatoire ;

Vu le Décret N°97-192 du 09 juin 1997 portant règlement général de la comptabilité publique ;

Vu le Décret N°09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ;

Vu le Décret N°07-380/P-RM du 28 septembre 2007 portant nomination du Premier Ministre ;

Vu le Décret N°09-157/P-RM du 9 avril 2009 portant nomination des membres du Gouvernement ;

STATUANT EN CONSEIL DES MINISTRES,

DECRETE :

CHAPITRE 1 : DES DISPOSITIONS GENERALES

Article 1er : Le présent décret fixe le taux de cotisations au titre de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Article 2 : Les cotisations sont constituées de l'ensemble des contributions salariales et patronales assises sur un pourcentage du salaire et autres traitements du fonctionnaire civil, militaire, du parlementaire, du travailleur salarié régi par le Code du travail et des assurés volontaires de l'Institut National de Prévoyance Sociale.

CHAPITRE 2 : DES TAUX DE COTISATION

Article 3 : Le taux de cotisations dû au titre du régime de l'AMO à la charge des personnels salariés en activité est fixé à 3,06%.

Article 4 : Le taux de cotisations dû au titre du régime de l'AMO à la charge de l'Etat ou de la Collectivité Territoriale en qualité d'employeur est fixé à 4,48%.

Article 5: Le taux de cotisations dû au titre du régime de l'AMO fi la charge des employeurs du secteur privé est fixée à 3,50%. Ce taux intègre les 2% versés par les employeurs au titre de la branche protection contre la maladie servie par l'INPS avant l'instauration de l'AMO.

Article 6 : Le taux de cotisations dû au titre du régime de l'AMO à la charge des pensionnés et des veuves de pensionnés est fixé à 0,75%.

Article 7 : Le taux de cotisations dû au titre du régime de l'AMO à la charge des assurés volontaires est fixé à 6,56%.

CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS FINALES

Article 8 : Le ministre du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, le ministre de l'Economie et des Finances, le ministre du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat et le ministre de la Défense et des Anciens Combattants sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera enregistré et publié au Journal officiel.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Bamako, le 26 Octobre 2010

PRIMATURE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- un But- une Foi

SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT

DECRET N°10- 5 8 0 /P-RM DU 2 6 OCT 2010

FIXANT LES PRINCIPES DE LA TARIFICATION PREFERENTIELLE ET LES TAUX
DE COUVERTURE DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE DE L'ASSURANCE
MALADIE OBLIGATOIRE ET DE L'ASSISTANCE MEDICALE

Vu la Constitution ;

Vu le Décret N°97-192 du 09 juin 1997 portant règlement général de la Comptabilité
Publique ;

Vu le Décret N°09-552 1P-RM du 12 octobre 2009 fixant les modalités d'application de la Loi
portant institution du régime d'assurance maladie obligatoire ;

Vu le Décret N°09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de
fonctionnement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ;

Vu le Décret N°09-554/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de
fonctionnement de L'Agence Nationale d'Assistance Médicale ;

Vu le Décret N°09-555 1 P-RM du 12 octobre 2009 fixant les modalités d'application de la
Loi portant institution du régime d'assistance médicale ;

Vu le Décret N°07-380/P-RM du 28 septembre 2007 portant nomination du Premier ministre ;

Vu le Décret N°09-157/P-RM du 9 avril 2009 portant nomination des membres du
Gouvernement

STATUANT EN CONSEIL DES MINISTRES,

DECRETE :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1er : Le présent décret fixe les principes de la tarification préférentielle et les taux de couverture des prestations de soins de l'assurance maladie obligatoire et de l'assistance médicale.

Article 2 : La tarification préférentielle des prestations relatives à la prise en charge des bénéficiaires du régime d'assurance maladie se fait, en fonction du prestataire et de la nature de la prestation, selon deux modes :

- le forfait par pathologie ou par groupe homogène de maladies ;
- le règlement à l'acte, sur la base des nomenclatures des actes professionnels.

La tarification préférentielle se fait sur la base de la tarification nationale de référence établit par le ministre de la Santé.

Article 3 : Le forfait par pathologie ou par groupe homogène de maladies est un montant arrêté pour la prise en charge d'une pathologie ou d'un groupe homogène de maladies.

Article 4 : Le règlement à l'acte est effectué sur la base du tarif de chaque acte médical, de biologie ou d'analyse de laboratoire posé par le praticien.

Cette tarification est établie conformément aux barèmes fixés par la tarification préférentielle.

Article 5 : La nomenclature des actes professionnels est basée sur une codification par lettres clés, selon les normes internationales admises.

Un arrêté conjoint des ministres chargés de la Santé et de la Protection Sociale fixe la nomenclature des dits actes.

TITRE II: MISE EN OEUVRE DE LA TARIFICATION PAR LES PRESTATAIRES CONVENTIONNES

Article 6 : Une tarification conventionnelle est établie pour chaque type de prestations ou groupe de prestations.

Article 7 : La tarification conventionnelle, quel que soit son mode, est appliquée par les prestataires conventionnés. Elle est susceptible de modification.

Les prestataires ne sont pas autorisés à pratiquer vis-à-vis des bénéficiaires de l'assurance maladie des tarifs supérieurs aux tarifs conventionnels définis par les conventions spécifiques qui les lient à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et à l'Agence Nationale d'Assistance Médicale.

Tout dépassement desdits tarifs est passible des mesures et sanctions prévues dans le cadre des conventions.

Article 7 : La Caisse Nationale d'Assurance Maladie établit, en collaboration avec le Ministère chargé de la

Santé et agissant pour le compte de l'Agence Nationale d'Assistance Médicale et son propre compte, la tarification des prestations, actes et médicaments délivrés par les prestataires de soins du secteur public civil.

Article 8 : La Caisse Nationale d'Assurance Maladie établit, dans le cadre de conventions sectorielles, en concertation avec les organisations professionnelles représentatives et en collaboration avec les Ministères chargés de la Santé et de la Protection Sociale, la tarification des prestations, actes et médicaments délivrés par les prestataires de soins privés.

Article 9 : La Caisse Nationale d'Assurance Maladie et l'Agence Nationale d'Assistance Médicale sont chargées de faire connaître et de communiquer aux prestataires, selon une périodicité définie par elles, la grille complète de la tarification conventionnelle.

Article 10 : Les tarifs des actes médicaux, de biologie et les analyses de laboratoire sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la Santé, du ministre chargé de la Protection Sociale et du ministre chargé des Finances.

TITRE III : DES TAUX DE COUVERTURE DES PRESTATIONS

Article 11 : Les frais occasionnés par l'octroi de soins de santé ou de maternité à un assuré ou à l'un de ses ayants droit sont couverts par :

- l'assuré, sous la forme d'une participation personnelle désignée par le terme « ticket modérateur » pour le régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;

- la caisse nationale d'assurance maladie et les organismes gestionnaires délégués, sous la forme d'une assistance médicale ou d'une prise en charge partielle ou totale désignée par le terme « tiers-payant ».

Article 12 : Le taux du ticket modérateur est établi selon les modalités fixées par l'article 58 du décret 09-552/

P-RM du 12 octobre 2009, et proportionnellement aux tarifs appliqués.

TITRE IV : DISPOSITIONS FINALES

Article 13 : Un arrêté conjoint du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé de la Protection Sociale détermine, en tant que de besoin, le détail de la tarification préférentielle.

Article 14: Le ministre du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, le ministre de la santé et le ministre de l'Economie et des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera enregistré et publié au Journal officiel

Bamako, le 26 octobre 2010

Fiche D'enquête

Dans le cadre de la réalisation de ma thèse de fin d'étude en pharmacie dont le thème est : «Evaluation de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire dans les officines de la commune V du district de Bamako en 2019», je sollicite votre collaboration afin de recueillir certaines informations sur AMO. Vos réponses seront confidentielles et l'anonymat sera conservé.

Merci de votre collaboration

Partie adressée aux pharmaciens

Identification de l'officine

Nom de la pharmacie

.....

...

Nom du quartier

.....

...

1. Utilisez-vous un logiciel pour la saisie des ordonnances AMO ?

Oui Non

Si oui le quel ?

2. Quelles sont les difficultés liées à la dispensation des ordonnances AMO ?

a) Ouverture des droits

Oui Non

b) Cachet de validation des feuilles de soins

Oui Non

c) Lisibilité des ordonnances

Oui Non

d) Absence de certains médicaments sur la liste AMO

Oui Non

e) Absence du cachet du prescripteur

Oui Non

Autres motifs :

.....

.....

Y a-t-il un délai pour la dispensation des ordonnances AMO ?

Oui Non

Si oui, donner le nombre de jour (s)

.....

3. Le personnel est-il initié à la dispensation des ordonnances AMO dans votre officine ?

Oui Non

4. Le droit de substitution est-il accordé aux pharmaciens par la CANAM ?

Oui Non

5. Quel est le nombre de rejet d'ordonnance AMO par lot pour motif de droit fermé ?

.....

.....

6. Quel est le nombre moyen d'ordonnance AMO servi au cours des deux derniers mois ?

.....

.....

7. Quel est le nombre de rejet d'ordonnance AMO par lot de droit ouvert ?

.....

.....

-Pour quel motif ? : a) montant non conforme

b) montant non habituel

8. Etes-vous payé à temps par la CANAM ?

Oui Non

Si non qu'en pensez-vous ?

.....

.....

9. Proposition

d'amélioration.....

.....

Partie adressée aux assurés

Identification de l'officine

Nom de la pharmacie

.....

...

Nom du quartier

.....

1. Etes-vous assurés par quel organisme de gestion ?

INPS CMSS

2. Quelles difficultés rencontrez-vous le plus dans les officines avec votre ordonnance AMO

- a) L'accueil
- b) Mauvaise orientation
- c) temps d'attente
- d) trop d'exigence
- e) non initiation du personnel
- f) manque de produit

Autres motifs

.....

.....

3. En cas d'indisponibilité de votre médicament accepterez-vous la substitution par un médicament équivalent?

Oui Non

4. Selon vous l'AMO a-t-elle favorisé l'accès aux médicaments ?

Oui Non

5. Etes-vous satisfait de l'assurance maladie obligatoire ?

Oui Non

Si oui donner les avantages

.....

.....

Si non pourquoi ?

.....

.....

6. En cas de fermeture de droit, la réouverture est-elle effectuée dans un bref délai ?

Oui Non

Si non justifiez-

vous

.....

7. Est-ce que l'AMO a-t-elle favorisé l'égalité d'accès aux médicaments dans les officines ?

Oui

Non

Si non justifiez-

vous

.....

8. Proposition

d'amélioration

.....

Partie adressée au personnel de la pharmacie

1. Entant que personnel, êtes-vous assuré par l'AMO ?

Oui

Non

2. Si oui donnez les avantages

.....

3. Travaillez-vous avec une liste des médicaments, consommables médicaux et dispositifs médicaux admis par l'assurance maladie obligatoire actualisée à la pharmacie ?

Oui

Non

4. La différence des prix sur certains médicaments a-t-elle un impact dans la dispensation aux yeux des assurés ?

Oui

Non

Si oui que pensez-vous de la différence des prix ?

.....

5. La substitution de médicament est-elle acceptée par les assurés ou il faut l'avis du prescripteur pour effectuer cette opération ?

Oui

Non

6. Si non justifiez-


vous

7. Proposition

d'amélioration

FEUILLES DE SOINS

Tel. Assuré :



FEUILLE DE SOINS MALADIE N° 19 AI 0174306

Volet N°1 (CANAM 1)

Accord Préalable Oui Non

Nom ou code de l'établissement:..... OGD: INPS CMSS

N/P Ouvrant droit :..... N° Assuré :.....

N/P Ayant droit :..... N° Assuré :.....

Age du Malade : Activité : Code du Praticien / / / / / / / / / /

Hospitalisation Ambulatoire ALD Dg1 (CIM.10)

Maladie * Maternité * Accident * Dg2 (CIM. 10*)


Libellé acte	Nbre d'actes	Montant Dépense	Montant AMO	Montant Ticket Moderateur	Signature Cachet du praticien

Date :.....

Signature du Responsable
de la Facture

Après l'apposition du cachet AMO, l'ordonnancier n°1 (volet n°1) des feuilles de soins est gardé au niveau du guichet CANAM de l'établissement sanitaire.

Tel. Assuré :



FEUILLE DE SOINS MALADIE N° 19 A20174306

Volet N°2
(CANAM 1)

Accord Préalable **Oui** **Non**

Nom ou code de l'établissement:..... OGD: INPS CMSS

N/P Ouvrant droit :..... N° Assuré :.....

N/P Ayant droit :..... N° Assuré :.....

Age du malade : Activité:..... Code du Praticien / / / / / / / /

Hospitalisation Ambulatoire ALD Dg1 (CIM.10)

Maladie * Maternité Accident * Dg2 (CIM. 10°).....

Libellé acte	Nbre d'actes	Montant Dépense	Montant AMO	Montant Ticket Modérateur	Signature Cachet du praticien


Date Signature du Responsable de la Facture

Code du Pharmacie N° 1 / / / / / / / /			Code du Pharmacie N° 2 / / / / / / / /		
Médicaments / Appareillages (Réservée au prestation)	Posologies	Quantité	Prix Pharma. 1	Prix Pharma. 2	Signature et Cachet du Pharmacien
					Pharmacie 1
					Pharmacie 2

Cachet et Signature du Prescripteur	Montant de la dépense			
	Montant part Ticket Modérateur			
Signature et Cachet du Responsable de la Facturation de l'établissement	Montant part AMO			

L'ordonnancier n°2 (volet n°2) des feuilles de soins est envoyé par le responsable de la pharmacie aux OGD pour remboursement.

Tel. Assuré :



FEUILLE DE SOINS MALADIE N° 19 A3

0174306

Accord Préalable
 Oui
 Non

Volet N°3
(Pharmacie 1)

Nom ou code de l'établissement:..... OGD: INPS CMSS

N/P Ouvrant droit :..... N° Assuré :.....

N/P Ayant droit :..... N° Assuré :.....

Age du Malade : Activité :..... Code du Praticien / / / / / / / /

Hospitalisation Ambulatoire ALD Dg1 (CIM.10)

Maladie * Maternité * Accident * Dg2 (CIM. 10°).....

Libellé acte	Nbre d'actes	Montant Dépense	Montant AMO	Montant Ticket Moderateur	Signature Cachet du praticien

Date **Signature du Responsable
de la Facture**

Code du Pharmacie N° 1 / / / / / / / / Code du Pharmacie N° 2 / / / / / / / /

Médicaments / Appareillages (Réservée au prestation)	Posologies	Quantité	Prix Pharma. 1	Prix Pharma. 2	Signature et Cachet du Pharmacien
					Pharmacie 1
					Pharmacie 2

Cachet et Signature du Prescripteur

Signature et Cachet du Responsable
de la Facturation de l'établissement


Montant de la dépense

Montant part Ticket Modérateur

Montant part AMO

L'ordonnancier n°3 (volet n°3) des feuilles de soins est gardé par le pharmacien comme pièce justificative.

Tel. Assuré :



FEUILLE DE SOINS MALADIE N° 19 A4 0174306

Accord Préalable Oui Non

Volet N°4
(CANAM 2
Ou Assuré)

Nom ou code de l'établissement:..... OGD: INPS CMSS

N/P Ouvrant droit :..... N° Assuré :.....

N/P Ayant droit :..... N° Assuré :.....

Age du Malade : Activité : Code du Praticien / / / / / / / / / /

Hospitalisation Ambulatoire ALD Dg1 (CIM.10)

Maladie * Maternité * Accident * Dg2 (CIM. 10).....

Libellé acte	Nbre d'actes	Montant Dépense	Montant AMO	Montant Ticket Modérateur	Signature Cachet du praticien

Date :.....

Signature du Responsable de la Facture

Code du Pharmacie N° 1 / / / / / / / / / /

Code du Pharmacie N° 2 / / / / / / / / / /

Médicaments / Appareillages (Réservée au prestation)	Posologies	Quantité	Prix Pharma. 1	Prix Pharma. 2	Signature et Cachet du Pharmacien
					Pharmacie 1
					Pharmacie 2

Cachet et Signature du Prescripteur

Signature et Cachet du Responsable de la Facturation de l'établissement

Montant de la dépense

Montant part Ticket Modérateur

Montant part AMO

L'ordonnancier n°4 (volet n°4) ajouté à l'ordonnancier n°5 (volet n°5) des feuilles de soins permettent à l'assuré de se rendre dans une seconde pharmacie pour se procurer le reste des médicaments non disponibles à la première pharmacie.

Tel. Assuré :

FEUILLE DE SOINS MALADIE N° 19 A5 0174306 Volet N°5 (Pharmacie 2)

Accord Préalable Oui Non

Nom ou code de l'établissement:..... OGD: INPS CMSS

N/P Ouvrant droit :..... N° Assuré :.....

N/P Ayant droit :..... N° Assuré :.....

Age du Malade : Activité :..... Code du Praticien / / / / / / / / / /

Hospitalisation Ambulatoire ALD Dg1 (CIM.10)

Maladie * Maternité * Accident * Dg2 (CIM. 10*)

Libellé acte	Nbre d'actes	Montant Dépense	Montant AMO	Montant Ticket Moderateur	Signature Cachet du praticien

Date

Signature du Responsable de la Facture

Code du Pharmacie N° 1 / / / / / / Code du Pharmacie N° 2 / / / / / /

Médicaments / Appareillages (Réservée au prestation)	Posologies	Quantité	Prix Pharma. 1	Prix Pharma. 2	Signature et Cachet du Pharmacien
					Pharmacie 1
					Pharmacie 2

Cachet et Signature du Prescripteur

Montant de la dépense

Montant part Ticket Modérateur

Signature et Cachet du Responsable de la Facturation de l'établissement

Montant part AMO

Si l'assuré n'a pas trouvé tous les médicaments prescrits au niveau de la première officine, alors l'ordonnancier n°4 (volet n°4) ajouté à l'ordonnancier n°5 (volet n°5) des feuilles de soins permet à l'assuré de se rendre dans une seconde pharmacie pour se procurer des médicaments non livrés à la première pharmacie. Dans ce cas, l'ordonnancier n°5 (volet n°5) des feuilles de soins est gardé par le pharmacien comme pièce justificative.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KEITA

Prénom : Assetou

Date de naissance : 06 Mars 1991 à Bamako

Titre de la thèse : Evaluation de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire dans la commune V du district de Bamako en 2019

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) et de Pharmacie (FAPH) BP.1805 Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique / Législation pharmaceutique

Résumé :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive effectuée dans 29 pharmacies et le dépôt de médicament de la Commune V du district de Bamako portant sur « l'évaluation de la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire dans les Officines de la Commune V du district de Bamako en 2019 ».

Au terme de notre étude nous avons constaté que depuis la mise en œuvre du système jusqu'à nos jours, l'article 40 de la convention sectorielle entre la CANAM et les officines de pharmacie est l'élément indispensable pour la pérennité de l'assurance maladie obligatoire.

Les pharmaciens ont affirmé que le délai de paiement n'est pas respecté par la CANAM soit un taux de 50%, proposent de revoir le système du payement et d'effectuer le payement dans un délai de 15 jours afin d'éviter les ruptures de stock pour une grande satisfaction des assurés.

La différence de prix sur certains médicaments (payement du reliquat) et le temps pris pour la vérification et le traitement de la fiche AMO étaient évoqués par les assurés concernant l'accès des soins dans les Officines.

La majorité des assurés apprécie le système parce qu'elle concrétise le slogan « santé pour tous » par l'amélioration de l'accès aux soins de santé sans discrimination. Le règlement de toutes les factures échues, l'amélioration de la fiche d'assurance ; une sensibilisation sur la différence de prix est nécessaire pour la bonne marche du système et d'aller vers la couverture universelle.

Mots clés : Officine, pharmacien, AMO, commune V de Bamako

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence des maîtres de la faculté,
Des conseillers de l'ordre des pharmaciens et

De mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les
Préceptes de mon art et de leur témoigner ma

Reconnaissance en restant fidèle à leur

Enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique,

Ma profession avec conscience et de respecter

Non seulement la législation en vigueur mais

Aussi les règles de l'honneur, de la probité et du

Désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes

Devoirs envers le malade et sa dignité humaine;

En aucun cas, je ne consentirais à utiliser mes

Connaissances et mon état pour corrompre les

Mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis

Fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes

Confrères si j'y manque.

Je le jure !

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KEITA

Prénom : Assetou

Date de naissance : 06 Mars 1991 à Bamako

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Titre de la thèse : Evaluation de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire dans les officines de la commune V du district de Bamako en 2019

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) et de Pharmacie (FAPH) BP.1805 Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique / Législation pharmaceutique

Résumé :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive effectuée dans 29 pharmacies et le dépôt de médicament de la Commune V du district de Bamako portant sur « l'évaluation de la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire dans les Officines de la Commune V du district de Bamako en 2019 ».

Au terme de notre étude nous avons constaté que depuis la mise en œuvre du système jusqu'à nos jours, l'article 40 de la convention sectorielle entre la CANAM et les officines de pharmacie est l'élément indispensable pour la pérennité de l'assurance maladie obligatoire.

Les pharmaciens ont affirmé que le délai de paiement n'est pas respecté par la CANAM soit un taux de 50%, proposent de revoir le système du paiement et d'effectuer le paiement dans un délai de 15 jours afin d'éviter les ruptures de stock pour une grande satisfaction des assurés.

La différence de prix sur certains médicaments (paiement du reliquat) et le temps pris pour la vérification et le traitement de la fiche AMO étaient évoqués par les assurés concernant l'accès des soins dans les Officines.

La majorité des assurés apprécie le système parce qu'elle concrétise le slogan « santé pour tous » par l'amélioration de l'accès aux soins de santé sans discrimination. Le règlement de toutes les factures échues, l'amélioration de la fiche d'assurance ; une sensibilisation sur la différence de prix est nécessaire pour la bonne marche du système et d'aller vers la couverture universelle.

Mots clés : Officine, pharmacien, AMO, commune V de Bamako

