

**REPUBLIQUE DU MALI**

*Un Peuple-Un But-Une Foi*

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



**U.S.T.T.B**

**FACULTE DE PHARMACIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019**

N° \_\_\_\_\_ /



**EVALUATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE PRESTATION DE  
L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DANS LES OFFICINES PRIVEES DE  
LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO.**

**THESE**

**Présentée et soutenue publiquement le /12/01 /2019 devant la Faculté de  
Pharmacie pour obtenir le Grade de**

**DOCTEUR EN PHARMACIE**

**(DIPLOME D'ETAT)**

**Par**

**Mme MAHAOUA KONATE**

**Président :** Pr Sekou Fantamady TRAORE

**Membres :** Dr Seidina AS DIAKITE

Dr Brahim DIARRA

**Co-directeur:** Dr Karim TRAORE

**Directeur :** Pr Elimane MARIKO

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE PHARMACIE

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2017-2018

## ADMINISTRATION

**Doyen:** Boubacar TRAORE, Professeur

**Vice-doyen:** Ababacar I. MAIGA, Professeur

**Secrétaire principal:** Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

**Agent comptable:** Famalé DIONSAN, Contrôleur des Finances.

## LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
M. Mahamadou	CISSE	Biologie
M. Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M. Kaourou	DOUCOURE	Physiologie
M. Boulkassoum	H Aidara	Législation
M. Moussa	Feu HARAMA	Chimie Organique (décédé)
M. Gaoussou	KANOUTE	Chimie Analytique
M. Alou A.	KEÏTA	Galénique
M. Mamadou	KONE	Physiologie
M. Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
M. Bréhima	KOUMARE	Bactériologie et Virologie
M. Abdrahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
M. Elimane	MARIKO	Pharmacologie

## **DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES**

### **PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE**

M. Mounirou	BABY	Hématologie
M. Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
M. Abdoulaye	DABO	Biologie /Parasitologie
M. Alassane	DICKO	Santé Publique
M. Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
M. Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie

### **MAITRES DE CONFERENCE/MAITRE DE RECHERCHE**

M. Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
M. Mahamadou	DIAKITE	Immunologie-Génétique
M. Souleymane	DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. Abdoulaye	DJIMDE	Bactériologie-Virologie
M. Akory Ag	IKNANE	Santé Publique-Nutrition
M. Ousmane	KOITA	Biologie-Moléculaire
M. Bourèma	KOURIBA	Immunologie <b>chef de DER</b>
M. Ousmane	TOURE	Santé Publique/Santé Environnement

### **MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE**

M. Charles	ARAMA	Immunologie
M. Seydina S.A.	DIAKITE	Immunologie
M. Aldjouma	GUINDO	Hématologie
M. Ibrahima	GUINDO	Bactériologie-Virologie
M. Kassoum	KAYENTAO	Santé Publique Biostatistiques
M. Issiaka	SAGARA	Santé Publique Biostatistiques
Mme. Fanta	SANGHO	Santé Publique
M. Mahamadou Soumana	SISSOKO	Santé Publique Biostatistiques

## **ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

M. Seydou Sassou	COULIBALY	Biochime Clinique
Mme. Djénéba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
M. Djibril Mamadou	COULIBALY	Biochimie Clinique
Mme. Djénéba Koumba	DABITAO	Biologie Moléculaire
M. Souleymane	DAMA	Parasitologie Entomologie Méd
M. Klétigui Casimir	DEMBELE	Biochimie Clinique
M. Issa	DIARRA	Immunologie
Mme. Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
M. Yaya	GOÏTA	Biochimie Clinique
Mme. Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
M. Oumar	GUINDO	Epidémiologie
M. Falaye	KEÏTA	Santé Publique/Santé Environ.
M. N'Deye Lallah Nina	KOITE	Nutrition
M. Birama Apho	LY	Santé Publique
M. Yacouba	MAÏGA	Biostatistiques
M. Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
M. Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie Cellulaire
M. Samba Adama	SANGARE	Bactériologie
M. Oumar	SANGHO	Epidémiologie
M. Djakaridia	TRAORE	Hématologie

## **DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE**

M. Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
M. SAÏBOU	MAÏGA	Législation
Mme. ROKIA	SANOGO	Pharmacognosie <b>Chef de DER</b>

### **MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHE**

### **MAITRES ASSISTANTS DE RECHERCHE**

M. LOSENI	BENGALY	Pharmacie Hospitalière
M. Yaya	COULIBALY	Législation
Mme. ADIARATOU	TOGOLA	Pharmacognosie

### **ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

M. Bakary Moussa	CISSE	Galénique
M. Issa	COULIBALY	Gestion
M. Balla FATOGOMA	COULIBALY	Pharmacie Hospitalière
M. Seydou Lahaye	COULIBALY	Gestion Pharmaceutique
M. Antoine	DARA	Sciences Pharmaceutiques
M. Daouda LASSINE	DEMBELE	Pharmacognosie
M. Adama	DENOU	Pharmacognosie
M. Sékou	DOUMBIA	Pharmacognosie
M. Mahamane	HAÏDARA	Pharmacognosie
Mme. Assitan	KALOGA	Législation
M. Hama Boubacar	MAÏGA	Galénique
M. Ahmed	MAÏGA	Législation
Mme AICHATA Ben Adam	MARIKO	Galénique

M. Aboubacar	SANGHO	Législation
M. BOURAMA	TRAORE	Législation
M. Karim	TRAORE	Sciences Pharmaceutiques
M. Sylvestre	TRAORE	Gestion Pharmaceutique
Mme. Aminata Tièba	TRAORE	Pharmacie Hospitalière
M. Mohamed dit Sarmoye	TRAORE	Pharmacie Hospitalière

### **DER : SCIENCES DU MEDICAMENT**

#### **PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE**

M. Ousmane	DOUMBIA	Pharmacie Chimique
M. Ababacar I.	MAÏGA	Toxicologie

#### **MAITRES DE CONFERENCE/MAITRES DE RECHERCHE**

M. Sékou	BAH	Pharmacologie
M. Benoît Yaranga	KOUMARE	Chimie Analytique

#### **MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE**

M. Dominique Patomo	ARAMA	Pharmacie Chimique
M. Tidiane	DIALLO	Toxicologie

#### **ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

M. Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
M. Mody	CISSE	Chimie Thérapeutique
M. Dalaye Bernadette	COULIBALY	Chimie Analytique

M. Blaise	DACKOUO	Chimie Analytique
Mme. Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
M. Ousmane	DEMBELE	Chimie Thérapeutique
M. Abdrahamane	DIARA	Toxicologie
M. Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Pharmacologie
M. Madani	MARIKO	Chimie Analytique
M. Mohamed El Béchir	NACO	Chimie Analytique
M. Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique
M. Dougoutigui	TANGARA	Chimie Analytique
M. Hamadoun Abba	TOURE	Bromatologie

## **DER : SCIENCES FONDAMENTALES**

### **PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE**

M. Sekou F.	TRAORE	Biologie/Entomologie
M. Mahamadou	TRAORE	Génétique

### **MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHE**

M. Mouctar	DIALLO	Biologie <b>Chef de DER</b>
M. Lassana	DOUMBIA	Chimie Appliquée

### **MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE**

### **ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

M. Seydou Simbo	DIAKITE	Chimie Organique
M. Modibo	DIALLO	Génétique
M. Abdoulaye	KANTE	Anatomie

M. Boureïma	KELLY	Physiologie Médicale
M. Moussa	KONE	Chimie Organique
M. Massiriba	KONE	Biologie Entomologie

### **CHARGES DE COURS (VACATAIRES)**

M. Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
M. Babou	BAH	Anatomie
M. Abdourahamane	COULIBALY	Anthropologie Médicale
M. Souleymane	COULIBALY	Psychologie
M. Bouba	DIARRA	Bactériologie
M. Mamadou Lamine	DIARRA	Biologie Végétale, Botanique
M. Modibo	DIARRA	Nutrition
M. Moussa I.	DIARRA	Biophysique
M. Babacar	DIOP	Chimie
M. Atimé	DJIMDE	Bromatologie
M. Yaya	KANE	Galénique
M. Boubacar	KANTE	Galénique
M. Aboubakary	MAÏGA	Chimie Organique
M. Massambou	SACKO	SCMP/SIM
M. Modibo	SANGARE	Anglais
M. Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-Embryologie
Mme. Fatoumata	SOKONA	Hygiène du Milieu
M. Fana	TANGARA	Maths
M. Abdel Kader	TRAORE	Pathologies Médicales
M. Boubacar	ZIBEÏROU	Physique



## **DEDICACES:**

A «**Allah**» le Tout Puissant, le Très Miséricordieux et à son Prophète Mohamed Paix et Salut sur lui, pour m'avoir donné la santé et le courage d'en venir à bout.

Je dédie affectueusement ce travail :

### **A mon père feu Adama KONATE :**

Nul ne peut contre la volonté divine, même si je t'aime de tout mon cœur, je n'ai pas pu te garder auprès de moi, ce moment allait être un moment de gloire pour toi, ton absence a laissé un très grand vide en moi, il y a 18 ans de cela.

Je regrette que tu ne sois pas là pour assister ce moment important de ma vie.

Que ton âme repose en paix père et que la terre te soit légère .Amine !

### **A ma mère Docteur Malado KOUYATE :**

Tu es toujours restée pour nous, tu as su essuyer nos larmes pendant les moments de tristesse. Tu nous as toujours aidé à surmonter les difficultés par tes grandes bénédictions, ton courage et surtout ton amour pour nous.

Que Dieu te garde longtemps à nos côtes dans la paix, la santé, le succès et l'amour.

À travers ce travail, je te remercie infiniment et saches que ce travail est le tien. Merci mère.

### **A mon père Seydou MALLET :**

Cher père une chose est de mettre un enfant au monde, l'éduquer en est une autre.

Les mots me manquent pour exprimer ma gratitude et ma reconnaissance pour tous ce que vous avez fait pour nous. Ce travail est le fruit de vos sages conseils et le témoignage de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous garde encore et vous accorde une longue vie en parfaite santé. Amine !

### **A mon père Docteur Lamine KONATE :**

Cher père grâce à vous j'ai eu le courage et la force de faire les études de pharmacie, je n'oublierai jamais votre présence constante dans les moments difficiles. Vous qui avez su comblé le vide que votre frère a laissé. Vous n'avez cessé de m'accorder votre aide et soutien; trouvez ici toute ma gratitude et sincère reconnaissance. Qu'Allah vous récompense par le Paradis Amine!

### **A la grande famille KONATE :**

L'éducation de notre famille est un atout pour la réussite de chacun. Le savoir est un capital inestimable, c'est la vie et l'avenir. Le soutien et l'assistance dont j'ai bénéficié le long de mes études ont été déterminants.

Merci à tous de m'avoir aidé ; que Dieu préserve l'unité et la force de notre famille.

Retrouver ici l'expression de mes sentiments distincts.

### **A la grande famille KOUYATE, ma famille maternelle :**

Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans vos conseils, vos prières, vos encouragements et vos bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé. Merci pour tout, je vous en serai toujours reconnaissant.

**A mes Frères et Sœurs : Moussa Konaté, Seydou Sogoba, Malado (FLORE), Bassaly, Malick, Fousseyni, Alassane et Moussa Mallet,** vous avez toujours été d'une façon ou d'une autre présent dans ma vie. J'ai toujours pu compter sur vous. Notre éducation couronnée d'amour et de quiétude demeure une force indestructible dans le dur combat de la vie. Je vous dédie ce travail en espérant qu'il contribuera à consolider nos liens familiaux.

### **A mon ami, confident et compagnon de tous les jours Sidy Modibo Thiero :**

Cher ami trouve dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance. Que nos liens se consolident davantage et demeurent pour toujours. Que l'éternel guide nos pas et soit la lumière de nos vies.

## **REMERCIEMENTS**

### **A mon pays natal, le Mali**

Tu m'as vu naître et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une instruction. Tu m'as donné un savoir incommensurable. Ma Profonde gratitude.

### **A la Faculté de Pharmacie de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako**

Plus qu'une Faculté d'études pharmaceutiques et médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Remerciements infinis.

### **A tous les enseignants de la Faculté de Pharmacie et de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

### **A Monsieur Abou Koné, Eloi Koné et à tous mes enseignants du Primaire, Fondamental et du Secondaire.**

Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance.

### **A mon Professeur Elimane Mariko**

Cher maître vos qualités humaines et religieuses font de vous une référence parmi vos semblables et un modèle à suivre. Votre disponibilité constante et vos soutiens ne m'ont jamais fait défaut. Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance.

### **Au docteur Karim Traoré**

Cher maître merci pour votre disponibilité constante et votre générosité. Vous avez été d'un grand apport pour la réalisation de ce travail.

### **Au docteur Brahima Sangaré, promoteur du laboratoire d'analyse biomédicale(Biolab3)**

Travailler avec vous a été un honneur pour moi. Vous êtes un exemple à suivre. Votre rigueur dans la démarche scientifique, votre disponibilité, votre sens de la compréhension ont été très utiles pour l'aboutissement de ce travail.

**Aux Docteurs :**

**Sinamarou Traoré de la pharmacie Avenir,**

**Binta Diallo de la pharmacie Aly Adama,**

**Issa Djiré de la pharmacie Iota,**

**Modibo Telly du laboratoire de biologie moléculaire appliquée LBMA**

Que DIEU vous récompense de vos biens faits, vous avez toujours répondu oui à mes nombreuses demandes, merci pour tout.

**A mon groupe de travail : Alima traoré, Mohamed M Kelly, Zeyna Mohamed, les deux Fousseyni S Traoré, Moumini Ouattara, Zoumana sangaré,...**

Merci pour tous ces moments d'efforts partagés durant notre cursus.

**A mes frères et amis Zeyni Kounta, Adama Sidibé, Siaka Bagayoko :**

Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance.

**A mes compagnons de tous les jours Badiallo Diakité, Fatoumata sidibé, Mariam Fané merci pour tout**

**A mes camarades de la 10<sup>ième</sup> promotion du numerus : recevez ici ma profonde gratitude.**

**A mes camarades du lycée Michel Allaire de Ségou,**

**A tout ceux qui ne verront pas leurs noms, je ne finirai jamais de citer, sachez seulement que vous êtes tous dans mon cœur.**

Mes vifs et sincères remerciements

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A notre Maître et Président du Jury**

#### **Professeur Sekou Fantamady TRAORE**

- PhD en entomologie médicale;
- Professeur titulaire en entomologie médicale, Responsable du cours de biologie cellulaire à la FMPOS;
- Co-directeur du MRTC et Directeur du département d'entomologie et des maladies à transmission vectorielle.

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations

Votre modestie, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un maître respecté et admiré de tous,

Veillez accepter ici Cher Maître l'expression de notre profonde reconnaissance

## **A notre Maître et Juge**

### **Docteur Seidina AS DIAKITE**

- Docteur en Pharmacie;
- Pharmacien titulaire de l'Officine DJIDJI ;
- Ph D en immunologie USTTB/UPMC Paris 6
- Maitre-assistant en immunologie à la FMOS et à la FAPH.

Vos critiques et suggestions ont permis d'améliorer la qualité scientifique de ce travail

Soyez rassuré honorable maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

## **A notre Maître et Juge**

### **Docteur Brahima DIARRA**

- Docteur en Pharmacie ;
- Pharmacien titulaire de l'Officine Dembella ;
- Secrétaire général du Syndicat National des Pharmaciens de la région de Koulikoro ;
- Secrétaire a la finance du bureau exécutif national du SYNAPHARM.
- Membre permanent de la réunion paritaire de la CANAM.

Cher Maître, c'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre rigueur scientifique et votre intérêt pour le travail bien fait font de vous un Maître à admirer.

Soyez rassuré de notre reconnaissance les plus sincères.

## **A notre Maître et co-directeur de thèse**

### **Docteur Karim TRAORE**

- Docteur en Pharmacie ;
- Pharmacien titulaire de l'Officine Marie ;
- Msc en Neuro-Pharmacologie
- Candidat Ph D en Pharmacologie
- Enseignant-Chercheur a la FAPH

Permettez-nous de vous adresser nos remerciements les plus sincères.

Vous nous aviez été accessible, du début de ce travail jusqu'à la fin.

Votre modestie et votre ouverture au monde des apprenants vous procurent respect et considération.

Soyez-en félicité pour ce caractère !!!!



## **A notre Maître et Directeur de thèse**

### **Professeur Elimane MARIKO**

- Professeur honoraire à la FMOS et à la FAPH;
- Ancien chef du département d'enseignement et de Recherche des sciences du médicament à la FAPH;
- Pharmacien colonel-Major des forces armées et des anciens combattants du Mali;
- Président de l'association des DOMBA (DOMBA YIRIWATON);
- Ancien coordinateur de la cellule sectorielle de lutte contre le VIH et le SIDA du ministère de la défense et des anciens combattants.
- Officier de l'ordre national du Mali

Professeur émérite,

Véritable bibliothèque vivante,

Vous nous avez enseigné l'amour de la pharmacie

Ce fut un honneur pour nous d'être parmi vos élèves.

Qu'Allah LE TOUT PUISSANT vous accorde santé et longue vie afin que d'autres générations d'apprenants puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement.

Amen !!!

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS :**

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANAM : Agence Nationale d'Assistance Médicale

CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CIPRESS : Conférence Inter Africaine de Prévoyance Sociale CMSS : Caisse Malienne de Sécurité Sociale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

DCI : Dénomination Commune Internationale

FAPH : Faculté de Pharmacie

FCFA : Franc de la Communauté Financière Africaine

FMOS : Faculté de Médecine et Odontostomatologie

GAVI : Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OGD : Organismes Gestionnaires Délégués

P-RM : Présidence de la République du Mali

PRODESS : Programme de Développement Socio Sanitaire

RAMED : Régime d'Assistance Médicale

TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

OPSPPC : orienté par un prestataire de soins public ou un prestataire conventionné.

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1:</b> Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	42
<b>Tableau 2 :</b> Répartition des patients selon le sexe .....	42
<b>Tableau 3 :</b> Répartition des patients selon la profession.....	43
<b>Tableau 4 :</b> Répartition des ordonnances des patients selon les bénéficiaires de l'AMO .....	43
<b>Tableau 5:</b> Répartition des patients selon leur satisfaction à l'AMO .....	43
<b>Tableau 6 :</b> Répartition des patients selon leur connaissance sur le montant de la cotisation AMO .....	44
<b>Tableau 7 :</b> Répartition des patients selon la durée de prélèvement de l'AMO sur leur salaire .....	44
<b>Tableau 8:</b> Répartition des patients selon leur avis sur la qualité de l'accueil ..	45
<b>Tableau 9:</b> Répartition des ordonnances selon le nombre de médicament prescrit sur l'ordonnance .....	45
<b>Tableau10:</b> Répartition des ordonnances selon la qualification du prescripteur.	46
<b>Tableau 11 :</b> Répartition des ordonnances selon le coût total de l'ordonnance	46
<b>Tableau 12:</b> Répartition des ordonnances selon le montant du ticket modérateur.....	47
<b>Tableau 13 :</b> Répartition des patients selon les suggestions pour l'amélioration des services de l'AMO .....	47
<b>Tableau 14:</b> Répartition des officines selon la durée dans l'AMO en année ...	48
<b>Tableau 15:</b> Répartition des officines selon nombre de prestation AMO par jour.....	48
<b>Tableau 16 :</b> Répartition des officines selon la présence d'équipe pour la prise en charge.....	49
<b>Tableau 17 :</b> Répartition des avis des pharmaciens selon la substitution en cas de rupture des médicaments .....	49
<b>Tableau 18 :</b> Répartition des officines selon l'existence de rejet de facture ...	50
<b>Tableau 19 :</b> Répartition des officines selon la cause de rejet des factures.....	50
<b>Tableau 20 :</b> Répartition des avis des pharmaciens sur le remboursement des factures dans le délai .....	51
<b>Tableau 21 :</b> Répartition des officines selon les avis des pharmaciens pour l'amélioration des services de l'AMO .....	51

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1</b> : la carte de base du district de Bamako avec le site d'étude. ....	38
<b>Figure 2</b> : Présentation du volet 1 des feuilles de soins de l'AM.....	67
<b>Figure 3</b> : Présentation du volet n°2 des feuilles de soins de l'AMO.....	68
<b>Figure 4</b> : Présentation du volet n°3 des feuilles de soins de l'AMO. ....	69
<b>Figure 5</b> : Présentation du volet n°4 des feuilles de soins de l'AMO.....	70
<b>Figure 6</b> : Présentation du volet n°5 des feuilles de soins de l'AMO.....	71

## Table des matières

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJECTIFS.....</b>	<b>3</b>
2.1. Objectif général .....	3
2.2. Objectifs spécifiques.....	3
<b>3. GENERALITES.....</b>	<b>4</b>
3.1. Chapitre 1 : Définitions .....	4
3.1.1. Médicament selon l’OMS : .....	4
3.1.2. Médicament selon le code de la santé publique français : .....	4
3.1.3. Officine de pharmacie .....	4
3.1.4. Ordonnance médicale : .....	5
3.2. Chapitre 2 : Les Assurances maladies : .....	5
3.2.1. Définition : .....	5
3.2.2. Politique de l’assurance maladie (17): .....	5
3.2.3. Différents types d’assurance maladie : .....	5
3.2.4. Une offre de soins de qualité et en quantité suffisante est utile en développement économique : .....	8
3.2.5. La couverture maladie universelle est un facteur de progrès économique et social : .....	8
3.2.6. Les limitations des systèmes d’assurance maladie en font un système complexe qui ne peut répondre à toutes les exigences d’une couverture maladie universelle : .....	9
3.2.7. L’assurance maladie ne permet pas d’inclure le secteur informel et pose un problème d’équité vis-à-vis des plus pauvres : .....	9
3.2.8. Une tâche complexe nécessitant du personnel très spécialisé en quantité insuffisante dans les pays en développement : .....	10
3.3. Financement de la santé au Mali .....	11
3.3.1. Mécanismes de mobilisation des fonds.....	11
3.3.2. Un vaste effort distributif .....	12
3.4. L’assurance maladie obligatoire AMO au Mali (19) : .....	13

3.5. Convention sectorielle entre la CANAM et les officines privées (13) :	21
3.6. Références Médicales Opposables (18):	35
<b>4. METHODOLOGIE</b>	<b>37</b>
4.1. Cadre d'étude :	37
4.2. Type d'étude et période d'étude	38
4.3. Choix des officines :	38
4.4. Déroulement de l'enquête et collecte des données :	39
4.5. Critères d'inclusion :	40
4.6. Critères de non inclusion :	40
4.7. Saisie et analyse des données :	41
4.8. Aspects éthiques :	41
<b>5. RESULTATS</b>	<b>42</b>
5.1. Analyse sur les patients	42
5.2. Analyse sur les pharmaciens d'officine	48
<b>6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b>	<b>52</b>
6.1. Analyse globale et difficultés de l'étude	52
6.2. Analyse sur les patients	52
<b>La qualification du prescripteur sur les feuilles de soins</b>	<b>54</b>
6.3. Analyse sur les officines	55
<b>7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>58</b>
7.1. Conclusion	58
7.2. Recommandations	58
<b>8. REFERENCES :</b>	<b>60</b>

## 1. INTRODUCTION

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.(1)

L'accès aux soins de santé pour tous est un objectif fondamental sur le plan du bien-être social et constitue à ce titre une composante importante du niveau de développement du pays.(2)

Il convient de signaler que les autorités sanitaires, dans le souci de favoriser l'accès aux médicaments de qualités et à coûts réduits, avaient adoptés déjà en 1978 à Alma Ata la politique de soins de santé primaire et l'initiative de Bamako en 1987. Ces différentes politiques basées sur les médicaments essentiels et le recouvrement des coûts mettaient également l'accent sur le rôle du pharmacien (3).

La mise en place d'une couverture sanitaire universelle permet à des millions de personnes, non seulement de se soigner, mais aussi de ne pas basculer dans la pauvreté (4).

L'assurance maladie est un dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie. (5). Elle offre à tous les adhérents l'accessibilité aux soins selon le principe de l'équité et de la solidarité (6).

Dans le monde, près de la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas d'une couverture complète des services de santé essentielle. Chaque année, 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté extrême (vivant avec 1,9 Dollar par jour ou moins) à cause des dépenses de santé laissées à leur charge (6).

En France, 89% de la population jouissent de cette assurance, qui, ayant à la base l'universalité de la couverture et l'uniformité de l'offre de soins en qualité et en prix (7). En Afrique, les populations de la majorité des pays ne bénéficient pas d'une assurance maladie et les ménages supportent les 2/3 des dépenses de santé (8). Au Mali, selon les résultats d'études effectuées, les dépenses en médicaments représentaient 40% de l'ensemble des dépenses de ménages (9).

Pour améliorer l'accès permanent, facile et solidaire aux soins de santé, les autorités maliennes ont créé l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) par la loi N° 09-015 du 26 Juin 2009. Le régime de l'AMO est basé sur deux concepts fondateurs : cotiser selon ses ressources et se faire soigner selon ses besoins.

Ce système de solidarité s'exerce entre les personnes aux revenus élevés et les personnes aux revenus modestes ; les personnes en bonne santé et les personnes malades, les fonctionnaires, les salariés, les pensionnés et les députés.(10)

L'État et les employeurs du secteur privé paieront une partie des cotisations. Le reste est prélevé directement sur les salaires. Ce mécanisme est théoriquement destiné à soulager nos concitoyens de l'énorme charge liée à la prise en charge des maladies. L'AMO est une bonne politique de protection sociale des risques. La mise en place de l'assurance maladie obligatoire et du Fonds d'assistance médicale constitue un des axes majeurs de la politique nationale de protection sociale, du Projet de développement économique et social du président de la République et de la Déclaration de Politique Générale du Premier Ministre(11). L'objectif visé par l'AMO est une couverture universelle avec un accès équitable aux médicaments pour tous .(12)

En signant la convention avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) les pharmaciens s'engagent à contribuer activement à la réalisation des objectifs conventionnels en matière d'assurance maladie, à servir les bénéficiaires et à 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 .(13)

**Depuis cette mise en place très peu d'étude ont porté sur le suivi et l'évaluation de la prestation de l'AMO. C'est dans ce contexte qu'il nous a paru intéressant de mener une étude d'évaluation des services AMO dans certaines officines au Mali.**



## **2. OBJECTIFS**

### **2.1. Objectif général**

Evaluer la qualité des services de prestations de l'AMO dans les officines privées de la commune VI du district de BAMAKO.

### **2.2. Objectifs spécifiques**

- ✓ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques culturelles des patients ;
  
- ✓ Déterminer le taux de satisfaction des assurés de l'AMO et des pharmaciens d'officines par les services de l'AMO
  
- ✓ Recenser les motifs d'insatisfaction des assurés AMO et des Pharmaciens des Officines privées ;

### **3. GENERALITES**

#### **3.1. Chapitre 1 : Définitions**

##### **3.1.1. Médicament selon l’OMS :**

Le médicament est « toute substance entrant dans la composition d’un produit pharmaceutique et destinée à modifier ou explorer un système physiologique ou un état pathologique dans l’intérêt de la personne qui la reçoit » (14).

##### **3.1.2. Médicament selon le code de la santé publique français :**

Le législateur français a défini le médicament comme étant « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l’égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l’homme ou à l’animal, en vue d’établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques » (15).

Cette référence est faite également à l’article 34 du décret No91-106/P-RM portant organisation de l’exercice privé des professions sanitaires du 15 Mars 1991.

##### **3.1.3. Officine de pharmacie**

Définition légale selon l’article 39 du décret n°91-106/P-RM du 15 Mars 1991 définit l’officine : ‘‘on entend par officine de pharmacie l’établissement affecté à l’exécution des ordonnances magistrales, à la préparation des médicaments inscrits aux pharmacopées autorisée et la vente de produits visés à l’article 34 du même décret.’’

Cette référence doit être également faite à l’article 4 de l’Arrêté N°91-418/MSP-AS-FF/CAB du 3 Octobre 1991 qui énumère les produits dont la vente peut être également effectuée par les pharmaciens et qui complète cette définition.

L’officine est essentiellement un établissement vendant au détail au consommateur (16).

### **3.1.4. Ordonnance médicale :**

C'est une pièce écrite par le médecin, destinée à un malade ou à une personne de son entourage qui résume les prescriptions résultant de l'examen clinique et de l'interprétation des examens biologiques. Ces prescriptions sont d'ordre diététique, hygiénique, physiologique, médicamenteux. La dose des médicaments et leur voie d'administration, les quantités à délivrer et la durée du traitement doivent être indiquées.

L'ordonnance est la propriété du malade.

## **Chapitre 2 : Les Assurances maladies :**

### **3.1.5. Définition :**

L'assurance maladie est un dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie, ainsi qu'un revenu minimal lorsque l'affection prive la personne de travail.(17)

### **3.1.6. Politique de l'assurance maladie (17):**

Le principe de l'assurance maladie consiste à répartir le risque et la charge financière liés à la maladie entre les membres d'un groupe ou d'une société. Il s'agit donc d'une mise en commun des risques. Chaque individu ou foyer contribue au paiement des dépenses de santé du groupe. L'assureur recueille ces contributions et finance, (entièrement ou en partie) directement ou sous forme de remboursements, les soins de santé des participants au système d'assurance. Il existe différents types d'assurances qui peuvent faire intervenir à la fois le secteur public et le secteur privé. Nous allons citer notamment :

- ✓ Les régimes de sécurité sociale ;
- ✓ Les assurances de groupe à paiement anticipé ;
- ✓ Les assurances maladie privées.

### **3.1.7. Différents types d'assurance maladie :**

La couverture du risque maladie peut s'effectuer selon deux modalités :

- **Système Beveridgien :**

Il s'agit des pays qui assurent à toute leur population une couverture maladie à travers un service national de santé.

Les ressources sont assurées par l'impôt grâce à un budget global fixé annuellement par l'Etat. L'ensemble de la population résidente y reçoit des soins gratuits sous réserve de respecter les règles d'organisation du système de soins (Rôle du médecin généraliste comme gâte keeper pour accéder aux soins spécialisés). Le Royaume-Uni, le Danemark, l'Irlande, la Suède font partie de ce groupe ; ils y ont été rejoints, plus récemment, par l'Italie, la Grèce et le Portugal.

Ce modèle dit "Beveridgien", issu du plan Beveridge de 1942, assure le principe de la gratuité des soins étendue à l'ensemble de la population dans le but de garantir une couverture universelle de maladie. Ainsi, le bénéfice de la couverture du risque maladie est attaché à un critère de résidence sur le territoire national.

Les pouvoirs publics estiment les besoins des assurés, financent par l'impôt les différents éléments du système de soins et constatent à posteriori les points du dispositif qui sont insuffisants, à la longueur des listes d'attente.

- **Le Système Bismarckien**

Il s'agit des pays qui disposent d'une assurance sociale obligatoire à base socioprofessionnelle couvrant la plus grande partie des travailleurs salariés et non-salariés, leurs familles et les retraités, les caisses sont gérées paritairement.

Un dispositif spécial couvre ceux qui ne sont pas affiliés à une caisse de façon à assurer une couverture totale de la population. Le financement est assuré par des cotisations assises sur les salaires et les revenus non salariaux.

L'Etat ne dispense pas de soins mais fixe la réglementation dans le domaine de la production des soins et du financement. Il contribue au financement des prestations délivrées aux non assurés, c'est à dire aux classes pauvres de la population.

La distribution des soins se fait grâce à un secteur public et un secteur privé. La France, l'Allemagne et le Japon sont les plus représentatifs de cet ensemble. Ce modèle est dit "bismarckien" et qui date de la fin du XIXe siècle, se caractérise par le principe de l'assurance, la protection maladie étant liée au travail et financée par des cotisations sociales.

Ainsi, l'affiliation au système dont le financement est assuré par les salariés et employeurs dépend de l'exercice d'une profession. Les frais de soins sont généralement pris en charge par les caisses d'assurance maladie dont la gestion est tantôt centralisée (France) tantôt régionalisée (Allemagne).

Cependant, il existe des pays qui ont un système mixte mariant l'assurance socioprofessionnelle et l'assistance sociale. La protection contre le risque maladie est prise en charge par des entreprises du secteur concurrentiel qui gèrent des plans d'assurance dont les promoteurs sont principalement les employeurs. Un dispositif public assure la couverture des indigents sur fonds publics : C'est le cas des Etats-Unis.

L'ouverture de droits aux prestations dépend de la qualité de cotisation personnelle. Le trait essentiel du système réside dans le caractère obligatoire et national de ces assurances et gérées par les partenaires sociaux. L'offre de soins est en général mixte, à la fois publique et privée. Quant au choix du médecin, le modèle bismarckien accorde le plus souvent le choix aux patients et garantit le statut de la médecine libérale. Les problèmes posés par ce modèle résident dans l'absence de maîtrise des dépenses de santé qui entraînent des déficits persistants des caisses d'assurance maladie. L'augmentation des cotisations et de la contribution des malades aux financements des soins ne suffit plus à enrayer les dérives des dépenses de santé. La régulation de l'offre des soins ainsi que l'introduction des méthodes de gestion privée figurent au cœur des réformes dans ces pays.

### **3.1.8. Une offre de soins de qualité et en quantité suffisante est utile en développement économique :**

En Afrique francophone, la forte contrainte budgétaire pesant sur les ménages induit un faible niveau de la demande de soins : l'état de santé apparaît ainsi mauvais dans l'ensemble. Cependant, même dans des contextes de moindre contrainte financière, la demande reste faible, soulignant la faible propension à se soigner des habitants de cette région. La mauvaise qualité de l'offre de soins explique probablement cette situation, l'amélioration de la santé des populations passant donc par son développement. L'ouvrage sous revue fait le choix d'une analyse de l'offre et de la demande de soins en dehors de tout contexte macro-économique. Il est utile de souligner l'importance d'un système de soins efficace, répondant de manière satisfaisante à la demande des ménages, afin de favoriser la croissance économique. L'offre de soins est, en effet, une composante de l'investissement dans le capital humain. Elle permet de réduire les absences sur les lieux de travail ou de formation ; mais aussi de mieux se consacrer à ses tâches, qu'elle soit de production ou d'éducation etc. En ce sens, elle favorise la croissance économique. Les soins doivent être financés au sein des ressources globales produites par la société, mais il faut en réserver une partie pour répondre à la demande de soins des ménages. Le plus souvent, dans les pays en voie de développement, cette initiative est laissée aux ménages qui supportent directement l'essentiel des dépenses. Elle peut cependant être socialement organisée par un système de mutualisation des risques (18).

### **3.1.9. La couverture maladie universelle est un facteur de progrès économique et social :**

La couverture maladie universelle signifie que tout un chacun doit avoir accès à des soins quel que soit son niveau de richesse. 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 (18).

**3.1.10. Les limitations des systèmes d'assurance maladie en font un système complexe qui ne peut répondre à toutes les exigences d'une couverture maladie universelle :**

Contrairement à un pays comme la France dans lequel l'assurance maladie assure l'essentiel de la couverture maladie des ménages, le contexte des pays en développement, en particulier en Afrique francophone, ne permet pas d'envisager que l'assurance maladie puisse garantir à brève ou moyenne échéance la couverture maladie de tous les habitants (18).

**3.1.11. L'assurance maladie ne permet pas d'inclure le secteur informel et pose un problème d'équité vis-à-vis des plus pauvres :**

Le système de l'assurance maladie repose sur la perception d'une cotisation qui reste le plus souvent hors de portée des fractions les plus pauvres de la population. D'une manière générale la garantie est proportionnelle au niveau des cotisations et si celles-ci sont faibles, la garantie ne peut être que limitée. Ceci retire une bonne partie de l'intérêt d'adhérer à un tel système pour des ménages qui ne sont peut-être déjà pas très prônes à s'assurer, en particulier s'il ne permet pas d'avoir accès à des soins lourds.

Il est montré dans l'ouvrage « Assurance en Afrique francophone » que même un subventionnement des cotisations dans le cadre d'une micro-assurance communautaire ne suffit pas à réduire significativement l'incidence de la pauvreté résultant de la maladie pour les fractions les plus fragiles de la société. Le Co-paiement, imposé par l'initiative de Bamako, reste un obstacle le plus souvent insurmontable pour les plus pauvres.

Un apport extérieur de fonds est nécessaire afin de prendre en charge le traitement médical des plus pauvres.

Un système d'assurance maladie obligatoire ou volontaire mais « solidaire » pose également la question de la perception de cotisations assises sur les salaires

dans des pays où la majorité du salariat appartient au secteur dit « informel », sur lequel les autorités n'ont aucune donnée administrative. L'impossibilité de calculer les assiettes rend difficile toute perception de cotisation.

D'une manière générale, il ressort de cette analyse que la multiplicité des objectifs du système de santé nécessite une pluralité de modalités de financement, dont l'assurance maladie n'est qu'un élément. Il convient de s'interroger sur la place respective de ces différents modes de financement, au premier chef de l'Etat et de l'assurance maladie, mais aussi des mutuelles (18).

### **3.1.12. Une tâche complexe nécessitant du personnel très spécialisé en quantité insuffisante dans les pays en développement :**

La mise en place d'un système d'assurance maladie est une tâche lourde qui recommande de nombreux spécialistes : gestionnaires, actuaires, économistes etc., personnel qualifié dont les pays les plus pauvres manquent massivement. Toute stratégie visant à favoriser le développement de l'assurance maladie doit donc commencer par répondre à ce premier défi : trouver le personnel nécessaire.

Cette question est d'autant plus importante qu'une des clés du succès du développement de l'assurance maladie réside dans une mise en œuvre rigoureuse en matière d'organisation et de gestion.

Ainsi le développement d'un système assurance maladie dans les pays en développement demande une collaboration avec l'Etat pour fournir les formations nécessaires aux cadres spécialisés de l'assurance (18).



### **3.2. Financement de la santé au Mali**

L'objectif essentiel de ce chapitre est porté sur les mécanismes de mobilisation des ressources et d'envisager d'autres formes de financement possible de la santé (19).

#### **3.2.1. Mécanismes de mobilisation des fonds**

Il existe plusieurs mécanismes de mobilisation des fonds par le système de santé. Nous ne mentionnons ici que les mécanismes publics de mobilisation des fonds. Ce sont :

- Les fonds publics pour la santé : ces ressources proviennent du Ministère des Finances qui les met à la disposition du Ministère de la santé. Il s'agit du financement des salaires du personnel de santé, des crédits de fonctionnement et d'autres dépenses des services de santé. Les services bénéficiaires mobilisent les fonds en les décaissant auprès du service chargé de la gestion des fonds. Le niveau du financement mis à la disposition de chaque service se fait sur la base de la budgétisation historique. C'est-à-dire que l'on prend le budget de l'année précédente auquel on fait une augmentation, le plus souvent pas sur la base des besoins réels du service bénéficiaire. Pour les services qui font le recouvrement des coûts, les tarifs des actes sont fixés par arrêté/décret. Le niveau des tarifs permet d'assurer la couverture de certaines dépenses courantes de fonctionnement, mais pas de couvrir toutes les dépenses (fonctionnement et investissement) ;
- L'appui budgétaire sectoriel : c'est une convention ou accord entre un donateur et le ministère de la santé dans laquelle le donateur paie le ministère sur services rendus ; une sorte de contractualisation. Les services à produire (généralement des indicateurs) sont convenus à l'avance ainsi que les échéances de paiement. Le paiement d'une nouvelle tranche est conditionné à une réalisation satisfaisante des services prévus

sur la tranche précédente de financement. Le mécanisme est mis en œuvre au Mali par un nombre réduit de partenaires au développement ;

- Les fonds projets d'appui au programme de développement socio-sanitaire (PRODESS) : ce sont des fonds qui font aussi objet d'accord avec le gouvernement, mais il n'y a pas forcément l'obligation de résultats. Les fonds servent à financer les activités prévues dans le plan opérationnel du PRODESS. Les structures du ministère de la santé adressent leurs requêtes aux partenaires, qui mettent à leur disposition les fonds pour la mise en œuvre des activités opérationnelles.

C'est le cas par exemple des fonds des coopérations multilatérales ;

- Les fonds projets : de tels fonds peuvent échapper très souvent au contrôle du ministère de la santé. Les activités sont menées sur le terrain par des agents de financement du partenaire au développement. Les services déconcentrés du ministère peuvent être associés à la mise en œuvre des activités, mais leur contrôle sur la gestion des fonds reste faible ;
- Les fonds des programmes verticaux : ce sont des fonds donnés au pays pour lutter contre une maladie spécifique. Les fonds peuvent être acquis suite par exemple à une compétition ou suite à une proposition de financement soumise (par ex, fonds GAVI) par le pays aux donateurs. Les procédures de décaissement des fonds sont celles du donateur ;
- Les prêts : il s'agit de l'endettement de l'Etat auprès des partenaires financiers à des conditions souvent plus avantageuses que celles du marché financier (19).

### **3.2.2. Un vaste effort distributif**

D'autres mécanismes existent pour couvrir le secteur informel, comme la TVA ou les impôts directs.

Définir le moyen le plus efficace et le plus équitable de garantir l'accès aux soins des populations privées d'un emploi statutaire demeure l'un des problèmes cruciaux pour les pays à faibles revenus. Le financement par l'impôt présente plusieurs avantages : il draine plus de fonds qu'une caisse d'assurance maladie, surtout dans les pays à forte proportion d'emplois informels ; il supprime la nécessité d'un appareil administratif coûteux pour gérer la caisse d'assurance ; il est le moyen le plus équitable de collecter les ressources là où elles se trouvent et de les redistribuer à l'ensemble de la population.

Plusieurs pays sont en train d'explorer la piste d'une taxation des transactions financières ou des grosses entreprises bénéficiaires. Le Gabon, par exemple, a levé 30 millions de dollars en 2009 en faveur de la santé grâce à une ponction de 1,5 % sur les profits des établissements de transfert de fonds et à une taxe de 10 % sur les opérateurs de téléphonie mobile.

Mais la couverture universelle exige aussi un vaste effort distributif des pays riches envers les pays pauvres, du moins à court et moyen termes. D'après l'OMS, seuls quelques pays à faibles revenus seront en mesure de financer la CSU par leurs propres moyens en 5 ans. Une aide fiable et durable sera donc vitale, non seulement pour contribuer au développement de systèmes publics de santé efficace dans le tiers-monde, mais aussi pour y améliorer la gestion des finances publiques et de l'administration fiscale, en vue d'assurer à ces pays une autonomie future (20).

### **3.3. L'assurance maladie obligatoire AMO au Mali (19) :**

Il importe de noter que la mise en place de l'assurance maladie obligatoire est une réforme fondamentale en matière de protection sociale au Mali. Il s'agit de mettre en place ou améliorer au profit de tous les travailleurs les mesures visant à garantir l'accès à des soins de santé de qualité acceptable et à un coût raisonnable. La loi définit entre autres les bénéficiaires, les prestations garanties, les conditions de prise en charge, le conventionnement, le contrôle médical.

La mise en place de l'assurance maladie procède du souci des plus hautes autorités d'étendre les champs d'application matériel et personnel de la protection sociale. Elle est une avancée de taille pour l'aboutissement des nombreuses concertations et dialogues tripartites gouvernement, patronat et organisations syndicales menées depuis une dizaine d'années dans ce cadre (19).

Les personnes assurées et les bénéficiaires sont 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.

En effet, l'assurance maladie regroupe d'une part les risques de santé de ses affiliés, d'autre part les cotisations des entreprises, des ménages et des pouvoirs publics.

Elle est fondée sur l'affiliation obligatoire et s'écarte des pièges de l'assurance maladie sur la base d'une libre adhésion. D'abord, elle évite que certains groupes de la population cible, comme les plus pauvres et les plus vulnérables, ne soient exclus du système. Dans un régime volontaire, il peut y avoir exclusion en raison du manque d'intérêt politique à inclure les groupes vulnérables. L'exclusion peut aussi résulter du fait que les plus pauvres sont tout simplement dépourvus de la capacité ou de la volonté de payer les cotisations d'assurance maladie proposées (19).

Ensuite, de par sa nature, l'assurance obligatoire interdit la « sélection adverse ». Celle-ci se produit dans un cadre volontaire quand des gens en bonne santé considèrent que les cotisations d'assurance maladie sont trop chères et choisissent de ne pas s'assurer.

L'assurance volontaire peut, de ce fait, se retrouver surchargée d'assurés présentant des risques sanitaires moyens ou élevés.

## **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 :

- i. De l'encaissement des cotisations du régime de l'assurance maladie obligatoire, de l'immatriculation des employeurs et des assurés,
- ii. De l'allocation aux organismes gestionnaires délégués que sont l'Institut National de Prévoyance Sociale et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale des dotations de gestion,
- iii. De la passation de conventions avec les prestataires de soins de santé et le suivi de leur déroulement.

Les organes d'administration et de gestion de la CANAM sont le conseil d'administration, la direction générale et le comité de gestion. Conformément aux dispositions du 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, le conseil d'administration est composé de 18 membres dont les sièges sont répartis ainsi qu'il suit :

### Au titre des pouvoirs publics

- Un représentant du Ministre chargé de la Protection Sociale ;(1)
- Un représentant du Ministre chargé des Finances ;(1)
- Un représentant du Ministre chargé de la Fonction Publique ;(1)
- Un représentant du Ministre chargé de la Santé ;(1)
- Un représentant du Ministre chargé de la Défense. (1)

### Au titre des usagers de l'établissement

- Cinq représentants des employeurs ; (5)
- Quatre représentants des travailleurs ; (4)
- Deux représentants des pensionnés ; (2)

- Un représentant des députés. (1)

Au titre du personnel de l'établissement

- Un représentant du personnel de la Caisse.

La présidence du Conseil d'Administration est assurée alternativement par le représentant des organisations syndicales des employeurs et le représentant des organisations syndicales des travailleurs.

Le contrôle du dispositif est assuré :

Au niveau interne, par :

- Le contrôle des opérations d'immatriculation et de liquidation ;
- Le contrôle médical ;
- L'audit et le contrôle de gestion.

Au niveau externe, par :

- L'Inspection des Affaires Sociales ;
- Le Contrôle Général des Services Publics ;
- Le Bureau du Vérificateur Général ;
- La CIPRESS.

Adhésion à l'AMO

Conformément aux dispositions de la loi N°09-015 du 26 juin 2009 portant institution de l'Assurance Maladie Obligatoire, le champ d'application de l'AMO concerne les assujettis et les bénéficiaires.

Les personnes assujetties à l'AMO sont :

- 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 privés, les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pensions militaires ;
- Les employeurs des secteurs public et privé ;
- Les organismes gérant des régimes publics de pension.

Les bénéficiaires sont les personnes physiques assujetties et les membres de leur famille à charge, à savoir :

- Le (s) conjoint (s) ;
- Les ascendants directs de l'assuré ;
- Les enfants de l'assuré ceux âgés de 14 à 21 ans qui sont scolarisés, ceux âgés de 21 ans et plus atteints d'un handicap justifiant une impossibilité totale et définitive d'exercer une activité rémunérée.
- Les enfants que la femme de l'assuré a eu 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 ou d'une légitimation adoptive conformément aux dispositions du code de la parenté ;
- Les enfants légalement reconnus par l'assuré.

En Décembre 2017, 910286 personnes étaient déjà immatriculées à l'AMO dont 531938 à la CMSS et 378348 à l'INPS. Le nombre total de personnes enrôlées s'élève à 1077498(21).

- Mise en commun des ressources

Conformément à l'article 5 de la loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse

Nationale d'Assurance Maladie CANAM, les ressources de la caisse sont constituées par :

- Les cotisations assises sur les traitements des fonctionnaires civils et militaires, les salaires des travailleurs et les indemnités des députés ;
- les cotisations assises sur les pensions et allocations de retraite ;
- les subventions de l'Etat ;
- les revenus des placements et investissements ;
- les dons, legs et libéralités de toute nature ;
- les produits d'aliénation des biens meubles et immeubles ;
- les revenus du patrimoine ;
- les recettes diverses ;
- toutes autres ressources attribuées par un texte législatif et réglementaire.

Les taux de cotisation sont fixés comme suit :

- 3,06 % à la charge des personnels salariés en activité ;
- 4,48 % à la charge de l'Etat ou de la collectivité territoriale en qualité d'employeur ;
- 3,50% à la charge des employeurs du secteur privé. Ce taux intègre les 2 % versés par les employeurs au titre de la branche servie par l'INPS avant l'instauration de l'AMO ;
- 0,75 % à la charge des pensionnés ;
- 6,56 % à la charge des assurés volontaire (19).

### Prestations

Les prestations prises en charge sont :

- les soins préventifs et curatifs ;
- les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- les soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à ses suites



- les soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales ;
- les analyses de biologie médicale ;
- la radiologie et l'imagerie médicale
- les médicaments ;
- les soins bucco-dentaires (19).

Les prestations exclues sont :

- les interventions de chirurgie esthétique ;
- 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 les médicaments établie par les Ministres chargés de la Santé et de la protection sociale.

Les prestations de l'AMO sont accessibles uniquement auprès d'un réseau de prestataires de santé conventionnés par la CANAM. Les conventions sont conclues de manière sectorielle entre la CANAM et les prestataires suivants :

- les pharmacies d'officine ;
- les structures sanitaires publiques, communautaires et privées ;
- les dentistes ;
- les médecins libéraux ;
- les laboratoires d'analyses médicales ;
- les professions infirmières, de sages-femmes et autres spécialités paramédicales (19).

La situation des structures conventionnées à la date du 31 Décembre 2017 se présente comme suit (22):

- 12 établissements publics hospitaliers à Bamako, Kati et dans chacune des capitales régionales excepté Kidal ;

- 5 établissements publics de recherche et de traitement. 1 hôpital privé « Hôpital Mère Enfant Le Luxembourg
- 65 CS Réf dans les districts sanitaires du pays ;
- 522 officines de pharmacie dont 244 à Bamako et 278 en dehors de la capitale
- 12 laboratoires d'analyses médicales dont 11 à Bamako et 1 à Kayes
- 981 CSCOM sur tout le territoire national.
- Les infirmeries 41, l'INPS 16, les cabinets/Cliniques 11, les établissements d'imageries médicales 3, les établissements privés à but non lucratif 4.

La prise en charge se fait par le système du tiers payant qui est un mécanisme de facilité de paiement dans lequel l'assurance maladie paye directement au prestataire de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire ; celui-ci paye un ticket modérateur au centre de santé qui l'a reçu. Le niveau de prise en charge est de :

- i. 80% des frais de soins pour l'hospitalisation (tous les soins effectués alors que le bénéficiaire est hospitalisé) ;
- ii. 70% des frais de soins en ambulatoire (tous les soins effectués hors hospitalisation). L'assuré conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restants à sa charge c'est-à-dire le ticket modérateur (19).

Les instruments cités ci-dessous sont également utilisés pour l'obtention de couverture sanitaire, nous avons entre et autre en plus de l'AMO :

- Le Régime d'assistance médicale RAMED ;
- Les mutuelles de santé ;
- Les caisses de solidarité pour la référence-évacuation ;

- Les caisses villageoises de solidarité santé ;
- Les gratuités (Césarienne, Vaccination et « maladies sociales », Soins de paludisme et antirétroviraux, Travailleurs du secteur formel, fonctionnaire ...) (19)

#### **3.4. Convention sectorielle entre la CANAM et les officines privées (13) :**

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 de la liste visée ci-dessus.

Les pharmacies conventionnées s'engagent à prendre toutes les dispositions utiles pour que soient disponibles aux assurés les médicaments de la liste visée à l'article 4.

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.

## **REGLES LIEES 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, ledit 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 ou 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.

#### Cas particulier des Indigents

Le pharmacien d'officine s'engage, de par la place qu'il occupe dans le réseau de soins, à observer avec rigueur les règles d'accès et de dispensation des médicaments, spécifiques au parcours de soins coordonné telles que définies par la réglementation en vigueur.

Pour les Indigents bénéficiaires du RAMED, le praticien vérifie également la présence de la mention « orienté par un prestataire de soins public ou un prestataire conventionné » ou « OPSPPC » portée sur l'ordonnance et apposée du cachet et de la signature du prescripteur. En l'absence de cette mention, la demande de paiement du prestataire ne sera pas prise en compte, sauf

circonstances exceptionnelles, motivées par le prestataire et appréciées par la Caisse. Si le prestataire prescripteur relève du secteur libéral ou privé, le praticien doit vérifier l'orientation initiale par un prestataire de soins public et s'assurer que l'indigent n'a pas été en mesure de faire exécuter les prestations prescrites dans une structure sanitaire publique.

La Caisse s'engage, notamment lors de cette procédure d'accord préalable, à respecter le choix de l'assuré social relatif à son pharmacien et à n'exercer aucune influence susceptible de l'orienter vers un pharmacien ou un autre professionnel de santé. Pour autant, si le bénéficiaire est un indigent, le prestataire devra également respecter les dispositions de l'article 28. Le pharmacien ne peut exiger du bénéficiaire dispensé de l'avance des frais (tiers payant) que le montant du ticket modérateur calculé sur la base du tarif de référence du médicament délivré. Les parties conviennent de se tenir réciproquement informées de toute modification du tarif de référence imputable aux prix d'importation des médicaments et consommables contenus dans la liste annexée à la présente convention.

La Caisse mettra en place les procédures de nature à établir le droit des bénéficiaires à disposer des prestations sanitaires.

La Pharmacie mettra en place les outils nécessaires à l'accès des bénéficiaires aux produits pharmaceutiques

Le pharmacien veille également au respect des règles de lisibilité des informations qu'il porte sur les ordonnances médicales et sur tout document destiné à faire valoir ses droits ou ceux des bénéficiaires auprès de la Caisse.

Il s'engage en outre au strict usage des formulaires destinés à l'assurance maladie dans les conditions et les règles qui leurs sont prévues.

Il s'abstient notamment de remplir lesdits formulaires lorsqu'il dispense des médicaments en dehors du présent cadre conventionnel.

Après chaque dispensation au profit d'un bénéficiaire, le pharmacien porte sur l'original de l'ordonnance honorée la date de la dispensation ainsi que son visa et son cachet.

## **CONTROLE MEDICAL**

Les parties signataires conviennent que le contrôle médical s'effectue sur la base des dispositions réglementaires et de celles de la présente convention. Conformément aux Décrets N°09-552 et N°09-555 du 12 Octobre 2009, des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens assurent le contrôle médical pour le compte de la Caisse.

A ce titre, ils sont chargés :

- ✿ D'effectuer les contrôles relatifs aux assurés hospitalisés ;
- ✿ D'autoriser la prise en charge de certains actes médicaux, paramédicaux et dentaires, ainsi que celles de fournitures médicales ;
- ✿ De vérifier la conformité de la tarification de l'acte prescrit ;
- ✿ De constater le cas échéant, les dérapages injustifiés de l'activité professionnelle du prestataire.

Tout pharmacien ayant conclu une convention avec la Caisse est tenue de permettre à celle-ci d'exercer un contrôle sur les assurés ou leurs ayants droit bénéficiaires de prestations de santé ou de maternité.

Pour effectuer son contrôle, le médecin contrôleur a librement accès aux établissements ou aux cabinets médicaux visés au paragraphe précédent du présent article.

Tout renseignement et tout document administratif d'ordre individuel ou général utiles à sa mission sont tenus à sa disposition par le responsable de l'établissement ou le pharmacien concerné, dans le respect des règles du secret professionnel.



Tout renseignement et tout document d'ordre médical individuel ou général sont tenus à sa disposition par les praticiens, dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie médicale.

#### □ **LA PRESCRIPTION ABUSIVE DE SOINS**

Est considéré comme abus de prescription tout acte médical jugé complaisant par la Caisse.

Lorsqu'il est établi par la Caisse que des prestations sont complaisantes, celles-ci sont exclues de la prise en charge.

Sont également exclues les prescriptions de médicaments par simple mesure de précaution à l'occasion d'un voyage ou d'un séjour à l'étranger de l'assuré ou pour l'approvisionnement des trousseaux d'urgence.

Les abus de délivrance de soins par les professionnels de santé sont portés devant la Commission médicale. Au terme de ses délibérations, les mesures suivantes peuvent être prises à l'encontre du prestataire, en fonction de la gravité des cas. Il s'agit de :

- Avertissement écrit ;
- Mise en surveillance pendant une période déterminée ;
- Suspension de la convention ;
- Dénonciation de la convention.

Les prestations dont la prise en charge est rejetée par la Caisse font l'objet d'une communication motivée du contrôle médical à l'assuré et aux prestataires intéressés.

En cas d'abus avéré sur des prestations consommées, la Caisse règle aux prestataires les frais y relatifs, sous réserve que sa responsabilité dans la délivrance des prestations soit établie.

Toute inscription sur une ordonnance ou un document, faite dans le cadre de l'exercice conventionnel du pharmacien, doit obligatoirement inclure le code qui lui a été attribué par la Caisse au titre de son adhésion à la convention

## **MISE EN OEUVRE, SUIVI DE LA CONVENTION ET LE REGLEMENT DES DIFFERENDS**

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, retraits ou mises à jour des modalités et procédures deviennent automatiquement opposables aux prestataires conventionnés dès 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.

### **LES PREROGATIVES DE LA CAISSE**

La Caisse, agissant pour son propre compte ou pour le compte de l'ANAM, peut prendre à l'encontre du praticien faisant défaut à ses obligations conventionnelles l'une des mesures suivantes :

- ✓ Le rappel à l'ordre par écrit indiquant le manquement du praticien et l'invitant à le corriger ;
- ✓ La mise en surveillance pendant une période déterminée ;
- ✓ La suspension du paiement du praticien dans la limite du coût de la (des) prestation(s) ou du (des) produit(s) objet du litige ;
- ✓ La suspension de la convention ;
- ✓ La dénonciation de la convention.

Les décisions prises par la Caisse et mentionnées à l'article 71 sont immédiatement exécutoires. La Caisse est tenue de notifier sa décision au praticien, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 15 jours.

### **LE DROIT DE RECOURS DU PRATICIEN**

En vue de favoriser la résolution amiable des éventuels litiges survenant entre les parties contractantes, le praticien peut demander à la Caisse par voie de requête le réexamen de la décision prise à son encontre. Dans le cas où la requête porte sur le non-paiement total ou partiel de son décompte, le praticien peut saisir la Caisse dans un délai ne dépassant pas les 120 jours à compter de la date de réception du décompte par cette dernière.

En outre, le praticien qui se considère lésé par la décision prise à son encontre par la Caisse, peut saisir la commission paritaire en vue de réexaminer ladite décision et ce par demande écrite au nom du président de la commission.

## **LA COMMISSION PARITAIRE**

Il est institué une commission paritaire, chargée de résoudre les litiges qui pourraient naître entre la Caisse et les pharmaciens conventionnés. Cette commission constitue un premier recours avant l'éventuelle soumission du litige à l'arbitrage.

Sans compromettre l'obligation de la commission d'explorer toutes les voies d'arrangement à l'amiable entre les parties au litige, les décisions de cette commission revêtent un aspect décisionnel qui est opposable aux parties.

## **MISSION ET COMPOSITION**

La commission paritaire constitue un premier niveau de recours aux parties ayant pour objectif l'instauration d'un espace de dialogue, d'échange et de rapprochement des points de vue des parties. Sa mission consiste en la recherche d'une résolution amiable et consensuelle des litiges qui lui sont soumis.

La composition de ladite commission est fixée comme suit :

- Deux représentants de l'Ordre National des Pharmaciens ;
- Un représentant du Syndicat National des Pharmaciens ;
- Deux représentants de la Caisse désignés par son Directeur Général.
- Un représentant de l'ANAM désigné par son Directeur Général

Chaque partie désigne pour chaque membre son suppléant.

Chaque partie désigne ses membres représentants auprès de la commission paritaire dans le mois qui suit l'entrée en vigueur de la convention et en informe l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception.

## **MODALITES DE FONCTIONNEMENT**

La commission paritaire est appelée à se réunir au moins une fois par mois. Toutefois, elle peut, en dehors de la périodicité indiquée, se réunir sur initiative de son président chaque fois que celui-ci le juge nécessaire.

La commission siège par défaut au siège de la Caisse qui assure son secrétariat.

La première réunion de la commission paritaire se tient sur convocation du Directeur des prestations de la Caisse, lieu de son siège, dans le trimestre qui suit l'entrée en vigueur de la convention.

La commission paritaire désigne lors de sa première réunion et pour une période de six mois un président et un vice-président parmi ses membres selon les règles suivantes :

- ✓ La présidence est fixée par alternance entre l'Ordre d'une part, et la Caisse d'autre part. Ainsi, deux présidents successifs ne peuvent appartenir à une même partie.
- ✓ Le président et le vice-président désignés pour une même période ne peuvent appartenir à la même partie.

En cas d'absence du président, le vice-président assume la présidence de la réunion et en acquiert les prérogatives.

La commission ne peut délibérer concernant un dossier inscrit pour la première fois à son ordre du jour qu'après réunion d'au moins quatre de ses membres. A défaut du quorum indiqué, l'examen du dossier en question est reporté à une deuxième réunion que la commission devrait tenir au 7ème jour qui suit la date de la première réunion. Quand cette échéance ne coïncide pas avec un jour ouvrable, la date de la réunion est fixée au premier jour ouvrable qui y succède. Dans ce cas, la commission délibère légalement quel que soit le nombre des présents lors de cette deuxième réunion.

L'ordre de jour des réunions de la commission est arrêté par son président qui doit y inscrire, en fonction de leur priorité, les problématiques qui lui sont formulées par écrit par la Caisse ou par l'un des pharmaciens conventionnés.

Exception faite aux réunions reportées pour défaut de quorum tels que prévu par la convention, le président, de la commission est tenu d'informer ses membres de chaque réunion programmée 7 jours au moins avant la date prévue. La lettre d'information doit être accompagnée de l'ordre du jour de la réunion et d'une copie des dossiers qui y seront examinés.

Le président de la commission saisi d'une requête est tenu d'informer le pharmacien concerné de la date d'examen de son dossier au moins 7 jours avant la réunion de la commission. Il peut aussi et en cas de besoin le convoquer.

Tout en observant le caractère prioritaire des dossiers inscrits à son ordre du jour, la commission dispose d'un délai maximal de 45 jours pour l'examen de toute requête lui parvenant et ce à compter de la date de sa réception. Au terme de ce délai et à défaut de réponse de la commission, le plaignant peut saisir les instances réglementaires prévues à cet effet.

Durant l'exercice de la mission qui lui est attribuée et en vue de rationaliser ses décisions, la commission peut, en cas de besoin, procéder aux investigations et aux travaux d'expertise qu'elle juge nécessaires, dans le respect des décrets d'application des lois n°09-15 du 26 juin 2009 et 09-30 du 27 juillet 2009. Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix des membres présents.

## **EXERCICE CONVENTIONNEL ET AUTRES REGIMES DE COUVERTURE MALADIE**

Dans le but de permettre aux assurés de bénéficier de toute forme de couverture maladie complémentaire conforme à la réglementation en vigueur, les parties

signataires s'engagent à étudier et envisager les mesures qui pourraient être, à cet effet, fixées par avenant.

### **EXERCICE ILLEGAL ET FRAUDE**

Dans le but de protéger l'assuré social contre les pratiques nuisant à sa santé, découlant de l'exercice illégal de la pharmacie, les parties signataires de la présente convention s'informent mutuellement et informent les instances conventionnelles des faits dont elles ont eu connaissance et des actions engagées conformément à la réglementation en vigueur

Le prestataire doit également avertir sans délai la Caisse de toute pratique irrégulière de la part des assurés. En cas de non-observation constatée de cette disposition, la Caisse se réserve le droit de rejeter toute demande en paiement et de résilier la présente convention sans préavis.

En cas de fraude du prestataire ou de complicité de fraude, la Caisse pourra engager des poursuites judiciaires, la présente convention devenant caduque dès la constatation des faits frauduleux. Les sommes indûment versées au bénéfice du prestataire et / ou des tiers devront être remboursées par le prestataire, augmentées des dommages et intérêts qui pourront être réclamés.

### **REVISION DE LA CONVENTION ET PROCEDURES DE RENONCIATION**

La présente convention est conclue pour une durée de trois ans à compter de la date de la publication de l'arrêté de son approbation par le Ministre chargé de la Protection Sociale.

Elle est reconduite tacitement pour une période de même durée sauf dénonciation, au moins six mois avant sa date d'échéance par l'une des parties signataires.

La dénonciation se fait par lettre recommandée avec accusé de réception destinée à la partie opposée dont une copie est adressée au Ministre chargé de la Protection Sociale pour information.

## **PROCEDURE DE RESILIATION, DE RENONCIATION ET DE RE ADHESION A LA CONVENTION**

Toute sanction exécutoire prononcée par une instance administrative, disciplinaire ou juridictionnelle à l'encontre d'un praticien conventionné, portant interdiction d'exercice temporaire ou définitive, entraîne automatiquement la suspension des engagements conventionnels de la Caisse vis à vis du praticien concerné et ce dans les mêmes conditions que celles de ladite sanction.

Tout praticien peut demander par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Caisse, à renoncer à son conventionnement. La décision du praticien prend effet le 91ème jour à compter de la réception de la lettre par la Caisse.

Le praticien qui a mis fin à son adhésion à la présente convention demeure responsable vis à vis de la Caisse et de l'assuré social de ses manquements conventionnels antérieurs même ceux révélés après cessation de l'adhésion. Dans ces conditions, les dispositions de la présente convention, notamment celles relatives au contentieux et au règlement des litiges, demeurent applicables au praticien en question au titre de son exercice conventionnel antérieur.

De même, la Caisse est tenue de respecter ses obligations conventionnelles vis-à-vis du praticien qui a mis fin à son conventionnement pour tous les règlements qui lui sont dus au titre de son activité conventionnelle antérieure à la cessation effective de son adhésion.

Un praticien ayant demandé et mis fin à son adhésion ne peut adhérer de nouveau à la convention qu'après règlement des éventuels litiges associés à sa vie conventionnelle antérieure et exécution des éventuelles sanctions prises à



son rencontre par la Caisse ou par les instances conventionnelles ou juridictionnelles.

Tout en observant les dispositions de l'alinéa premier du présent article, l'adhésion après renonciation, ne peut être faite qu'après une année au moins de la date d'effet de la renonciation et obéit aux mêmes règles que l'adhésion initiale.

### **3.5. Références Médicales Opposables (18):**

Le dispositif des références médicales opposables est un des outils de la maîtrise médicalisée en France. Il s'applique uniquement au secteur libéral. Il a été mis en place en octobre 1993, par les signataires de la Convention Nationale. Les premières références sont entrées en vigueur en mars 1994, la liste des références a été mise à jour deux fois, en 1995 et en 1997. A partir de thèmes médicaux retenus par les partenaires conventionnels, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) et l'Agence du médicament pour les références pharmaceutiques, élaborent des recommandations et des références médicales. - Les recommandations sont des propositions de bonnes pratiques ou de stratégies diagnostiques ou thérapeutiques destinées à aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés. - Les références médicales identifient des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux. Elles sont accompagnées de recommandations de bonne pratique. Toutes ces références médicales sont transmises aux parties signataires qui arrêtent la liste des références médicales opposables aux médecins relevant de la convention. Ces références, au nombre de 243, concernent l'ensemble de la pratique médicale : prescriptions pharmaceutiques, prescriptions de biologie et actes diagnostiques. 77 références concernent les seules prescriptions pharmaceutiques. Une des particularités du dispositif est son caractère opposable, le non-respect de certaines règles pouvant entraîner des sanctions financières pour les prescripteurs. Le contrôle et surtout l'application des

sanctions restent toutefois exceptionnels et ont concerné environ 65 praticiens entre octobre 1994 et décembre 1996.

Au total, en 1995, le cumul des références médicales introduites en 1994 et 1995 a généré une baisse supplémentaire de 125 à 133 millions de francs français.

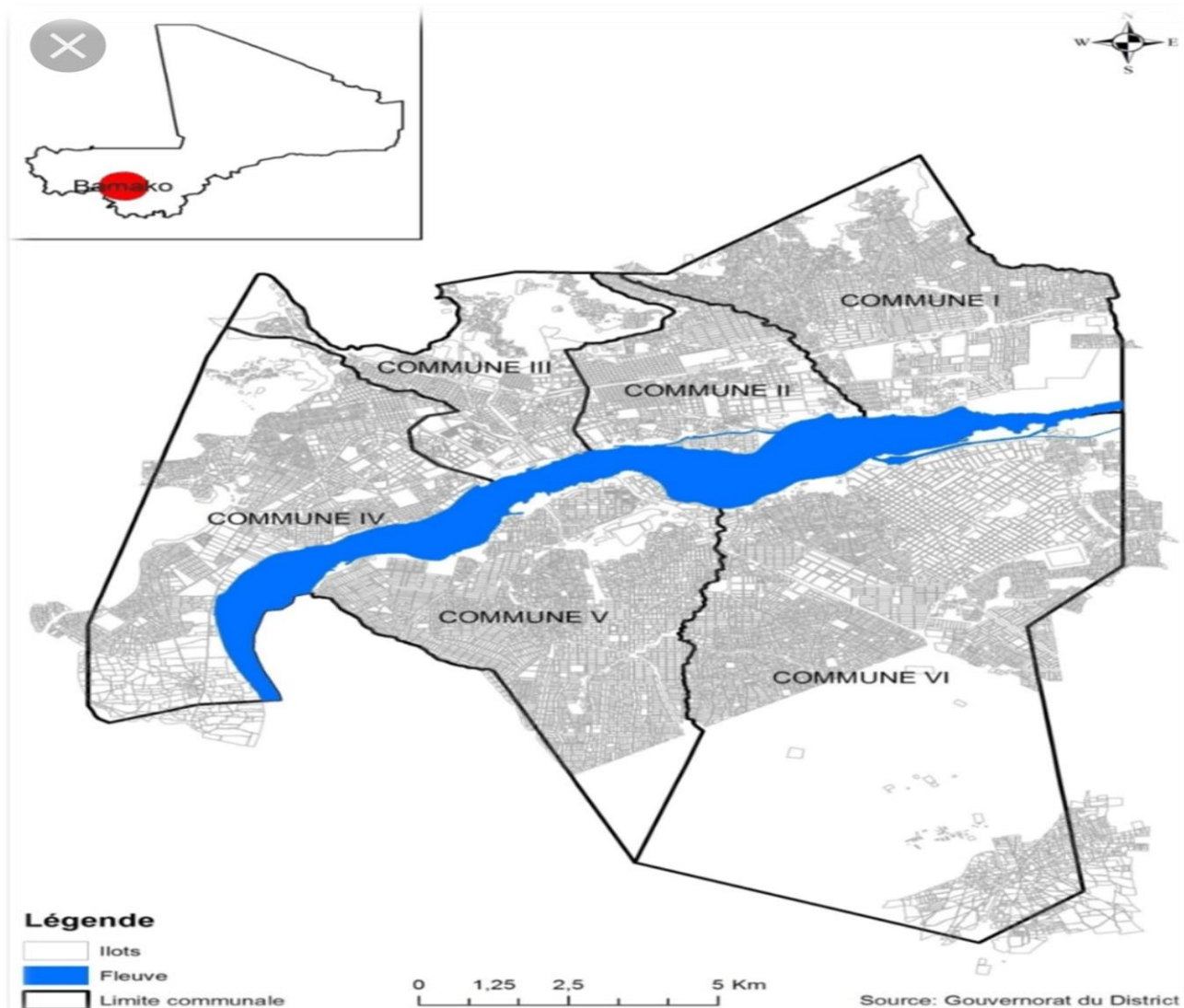
La commission chargée d'établir la liste des références médicales opposables comprend des universitaires, des représentants des caisses, de la sécurité sociale, des syndicats et des ordres de la santé.

## **4. METHODOLOGIE**

### **4.1. Cadre d'étude et lieu d'étude:**

Notre étude s'est déroulée dans les officines privées de la Commune VI du district de Bamako situé sur la rive droite du fleuve Niger et couvre la partie Sud Est du district.

Bamako, capitale administrative et économique de la république du Mali qui est divisé en six communes par l'ordonnance du 18 aout 1978 modifiée par la loi de février 1982. Elle couvre une superficie de 70 kilomètres carrés et compte 10 quartiers et 47 officines en avril 2018.



**Figure 1 : la carte de base du district de Bamako avec le site d'étude (Source : Gouvernorat du District).**

#### **4.2. Type d'étude et période d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur la qualité de la prestation des ordonnances de l'Assurance Maladie Obligatoire dans les officines privées de la commune VI allant du 1<sup>er</sup> Avril au 1<sup>er</sup> Août 2018.

#### **4.3. Echantillonnage :**

##### **4.3.1. Echantillon des officines :**

Nous avons procédé à un tirage aléatoire des officines privées conventionnées à la CANAM à la commune VI de Bamako.

### **4.3.2. Echantillon des patients :**

Nous avons interrogé tous les patients se présentant avec une ordonnance AMO

### **4.4. Déroulement de l'enquête et collecte des données :**

La présente étude s'est déroulée du 01 avril 2018 au 01 août 2018, en milieu officinal concernant 18 officines privées de la commune VI du district de Bamako. Au début de l'étude un passage a été effectué dans les différentes officines pour expliquer le protocole et comment utiliser les fiches d'enquêtes. Nous avons utilisé une fiche d'enquête pour la collecte des données figurant sur l'ordonnance AMO. Un questionnaire a été adressé aux dispensateurs des ordonnances AMO ; aux personnes affiliées à l'AMO ; aux pharmaciens d'officines privées conventionnées à la CANAM pour déterminer les actes relatifs à la qualité de la prestation, identifier les attentes, les points de satisfactions et les motifs d'insatisfactions. La disponibilité des médicaments et le coût des feuilles de soins ont été notés.

### **Définitions des variables :**

Les variables évaluées au cours de notre étude sont les suivantes :

- **Qualité de prescripteur** : désignait la qualification du prescripteur des ordonnances AMO.
- **La substitution** : est l'acte par lequel le pharmacien remplace un médicament prescrit par une molécule équivalente (soit en DCI ou en spécialité).
- **La qualité de la prescription** : selon le formulaire thérapeutique huit règles sont à respecter pour une bonne prescription, à savoir : la date ; le nom et la qualité du prescripteur ; nom, prénom, sexe, poids et l'état du patient ; le nom du médicament en DCI ; la posologie de façon précise ; les mentions spéciales obligatoires en cas de prescription de substances

vénéneuses ; les informations complémentaires. Cette qualité a été étudiée selon :

- Le nombre moyen de médicaments par ordonnance AMO : C'est le nombre total de médicaments prescrits sur le nombre total d'ordonnances AMO.
  - Le pourcentage d'ordonnance AMO livrée par un pharmacien ou interne en pharmacie : C'est le nombre d'ordonnance AMO servie par un pharmacien par le nombre total d'ordonnance livrée.
  - Pourcentage d'ordonnance AMO présentant : le sexe, l'âge, le poids du malade ; le nom et qualité du prescripteur, le pourcentage d'ordonnance AMO lisible
- **Le coût moyen de l'ordonnance AMO prescrite** : C'est le coût total des ordonnances AMO sur le nombre d'ordonnances AMO.
  - Le Pourcentage d'ordonnances AMO servies partiellement pour raison de rupture de stock : C'est le nombre d'ordonnances AMO servies partiellement à cause d'une rupture de stock par le nombre total d'ordonnances AMO.
  - **Le taux de disponibilité des médicaments** : C'est le pourcentage d'ordonnances AMO servies partiellement pour raison d'absence de stock.

#### **4.5. Critères d'inclusion :**

L'étude a porté uniquement sur les feuilles de soins de l'Assurance Maladie Obligatoire ayant été validé au niveau du guichet CANAM.

#### **4.6. Critères de non inclusion :**

N'étaient pas inclus dans notre étude, toutes ordonnances médicales différentes de celle de l'Assurance Maladie Obligatoire, ainsi que la vente libre de médicaments.

#### **4.7. Saisie et analyse des données :**

Les données ont été saisies sur Microsoft Excel 2016 et analysées à l'aide d'un logiciel SPSS 20.0

#### **4.8. Aspects éthiques :**

La participation était volontaire après obtention d'un consentement verbal et éclairé.

## 5. RESULTATS

Au total, l'étude a concerné 314 assurés de l'AMO et leurs feuilles de soins recueillies dans 18 officines de la commune VI du district.

### 5.1. Données Sociodémographiques des patients

**Tableau 1:** Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage %
Moins de 20	24	7,6
<b>[20 - 40[</b>	<b>149</b>	<b>47,5</b>
[40 - 60[	100	31,8
60 et plus	41	13,1
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>100,0</b>

Min : 2 ans ; max = 78 ans ; moyenne =  $39,27 \pm 15,278$  ans

Les patients de la tranche d'âge de 20 à 40 ans étaient les plus représentés avec 47,5%. La moyenne d'âge a été de  $39,27 \pm 15,278$  ans avec des extrêmes de 2 et 78 ans

**Tableau 2 :** Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage %
Masculin	150	47,8
<b>Féminin</b>	<b>164</b>	<b>52,2</b>
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>100,0</b>

Sex-ratio (F/M) = 1,09

Les femmes ont été les plus représentées avec 52,2% soit une sex-ratio de 1,09.



**Tableau 3 :** Répartition des patients selon la profession

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>CMSS</b>	<b>188</b>	<b>59,9</b>
INPS	126	40,1
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>100,0</b>

Les fonctionnaires étaient les plus représentés à 59,9%

**Tableau 4 :** Répartition des ordonnances des patients selon les bénéficiaires de l'AMO

<b>Bénéficiaire de l'AMO</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Ouvrant droit	156	49,7
Ayant droit	158	50,3
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>100,0</b>

L'assuré principal représentait 49,7% des prescriptions AMO contre 50,3% de l'ayant droit.

**Tableau 5:** Répartition des patients selon leur satisfaction à l'AMO

<b>Satisfait AMO</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Oui</b>	<b>296</b>	<b>94,3</b>
Non	11	3,5
Sans avis	7	2,2
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>100,0</b>

La quasi-totalité (94.3%) des patients étaient satisfaits de l'AMO.

**Tableau 6 :** Répartition des patients selon leur connaissance sur le montant de la cotisation AMO

<b>Montant de la Cotisation AMO</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Oui</b>	<b>143</b>	<b>45,5</b>
<b>Non</b>	<b>171</b>	<b>54,5</b>
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>100,0</b>

Parmi les patients inclus dans cette étude, 54,5% ne savaient pas le montant de la cotisation AMO par mois.

**Tableau 7 :** Répartition des patients selon la durée de prélèvement de l'AMO sur leur salaire

<b>Durée de prélèvement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Moins de 3	32	10,2
[3 - 5[	102	32,5
5 et plus	165	52,5
Indéterminé	15	4,8
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>100,0</b>

Les assurés de 165 ordonnances soient 52,5% payaient leur cotisation l'AMO depuis plus de 5 ans.

**Tableau 8:** Répartition des patients selon leur avis sur la qualité de l'accueil

Qualité d'accueil	Effectif	Pourcentage %
Très bien	65	20,7
<b>Bien</b>	<b>115</b>	<b>36,6</b>
Assez bien	62	19,7
Passable	45	14,3
Mauvais	27	8,6
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>100,0</b>

La plus part de nos patients ont affirmé être bien accueilli dans les officines soit 77%

**Tableau 9 :** Répartition des ordonnances selon le nombre de médicament prescrit sur l'ordonnance

Nombre de médicament	Effectif	Pourcentage %
1	21	6,7
2 – 3	130	41,4
<b>Plus de 3</b>	<b>163</b>	<b>51,9</b>
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>100,0</b>

La plus part de nos ordonnances AMO contenait plus de trois (3) médicaments soit 51,9%

**Tableau 10 :** Répartition des ordonnances selon la qualification du prescripteur

Qualité du prescripteur	Effectif	Pourcentage %
<b>Médecin</b>	<b>260</b>	<b>82,8</b>
Sage-femme	28	8,9
Infirmier	26	8,3
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>100,0</b>

La plus part des ordonnances AMO était prescrite par les médecins soit 82,8%

**Tableau 11 :** Répartition des ordonnances selon le coût total de l'ordonnance

Coût total de l'ordonnance (FCFA)	Effectif	Pourcentage %
Moins de 5 000	36	11,5
5 000 - 10 000	62	19,7
<b>10 000 - 20 000</b>	<b>129</b>	<b>41,1</b>
Plus de 20 000	87	27,7
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>100,0</b>

Le cout total de la plupart des ordonnances était compris entre 10 000 et 20 000 FCFA

**Tableau 12 :** Répartition des ordonnances selon le montant du ticket modérateur

Montant ticket modérateur	Effectif	Pourcentage %
Moins de 5 000	192	61,1
5 000 - 10 000	95	30,3
10 000 - 20 000	24	7,6
Plus de 20 000	3	1,0
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>100,0</b>

Le montant du ticket modérateur de la plus part des ordonnances était en dessous de 5 000 FCFA.

**Tableau 13 :** Répartition des patients selon les suggestions pour l'amélioration des services de l'AMO

Avis des patients	Effectif	Pourcentage %
Nombre de guichets	54	31,4
Inclure plus de médicaments à l'AMO	52	30,2
Formation des agents de la CANAM	26	15,1
Réviser les prix de médicaments	26	15,1
Etre vigilant au cas de fraude	11	6,4
Introduction obligatoire des structures privées et publiques	3	1,7
<b>TOTAL</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

L'augmentation du nombre de guichets et l'inclusion de plus de médicaments ont constitué les principales suggestions pour l'amélioration des services de l'AMO avec respectivement 31,4% et 30,2%.

## 5.2. Analyse sur les pharmaciens d'officine

**Tableau 14:** Répartition des officines selon la durée dans l'AMO en année

<b>Durée dans l'AMO en année</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
< 5	14	77,8
≥ 5	4	22,2
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Parmi les officines, seulement 4/18 étaient affiliées à l'AMO depuis plus de 5ans.

**Tableau 15:** Répartition des officines selon nombre de prestation AMO par jour

<b>Nombre de prestation AMO par jour</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
≤ 20	14	77,8
>20	4	22,2
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Parmi les Officines affiliées à l'AMO, 77,8% ont affirmé avoir moins de 20 prestations par jour

**Tableau 16 :** Répartition des officines selon la présence d'équipe pour la prise en charge

<b>Présence d'équipe pour la prise en charge</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Présence d'équipe	1	5,6
Absence d'équipe	17	94,4
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

1/18 pharmacie soit 5,6% a affirmé avoir une équipe de prise en charge des ordonnances AMO

**Tableau 17 :** Proportion des pharmaciens pratiquant la substitution en cas de rupture de médicaments

<b>Substitution en cas de rupture de stock</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Oui	4	22,2
Non	14	77,8
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Parmi les pharmaciens interrogés, 77,8% ont affirmé ne pas faire de substitution en cas de rupture de médicaments.

**Tableau 18 :** Proportion des officines ayant signalé un rejet de facture

<b>Existence de rejets de factures</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Rejet	18	100,0
Pas de rejet	0	0
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Toutes les officines ont affirmé avoir des rejets d'ordonnances AMO

**Tableau 19 :** Les motifs de rejet des factures

<b>Causes de rejet de factures</b>	<b>Effectif (n=18)</b>	<b>Pourcentage %</b>
Droit fermé	15	83,3
Médicament non pris en charge	14	77,8
Différence de cout de l'ordonnance entre la CANAM et la pharmacie	10	55,6
Absence de cachet sec	8	44,4
Absence de signature du prescripteur	6	33,3
Erreurs	6	33,3
Entête non rempli	5	27,8
Quantité trop élevée de médicament prescrit	5	27,8
Autre*	3	16,7

\* : Illisible (2), rajout (1)

Le droit fermé et les médicaments non prise en charge par l'AMO ont constitué les principales causes de rejet des factures avec respectivement 83,3% et 77,8%



**Tableau 20 :** Taux de satisfaction des pharmaciens par rapport au délai de remboursement des factures

<b>Remboursement de factures dans les délais</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Oui	7	38,9
<b>Non</b>	<b>11</b>	<b>61,1</b>
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Selon les pharmaciens le délai de remboursement n'était pas respecté par l'AMO à 61,1%

**Tableau 21 :** Raison d'insatisfaction des pharmaciens d'officine pour l'amélioration des services de l'AMO

<b>Amélioration de l'AMO</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Délai de Paiement	8	44,4
Prix des médicaments	10	55,5
Informatique (Logiciel)	4	22,2
Autre*	7	38,9

\* : Substitution (2), conformation de prix, débat + ordonnance, produit + condition, rejet, spécialisation

Le prix des médicaments et le délai de paiement ont été les principales suggestions d'amélioration des services de l'AMO par les pharmaciens d'Officine

## **6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **6.1. Analyse globale et difficultés de l'étude**

Notre étude a porté sur les assurés de l'AMO dotés d'une ordonnance et les pharmaciens d'Officine de la commune VI. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive portant sur l'évaluation de la prestation de l'AMO dans plusieurs officines privées de la Commune VI du district de Bamako. Cette étude s'est déroulée du 01 avril au 01 août 2018. Elle a concerné 314 patients AMO et 18 pharmaciens privés conventionnés à la CANAM.

Le manque d'information sur l'AMO de certains patients et la non disponibilité de certains pharmaciens ont constitué les principaux obstacles pour cette étude.

Nous nous sommes limités à la commune VI du district de Bamako, faute de moyen financier car cette étude n'a pas pu avoir de financement. Nous avons été confrontés également au refus de certains patients à se soumettre au questionnaire par manque de temps ou à cause de la fatigue provoquée par une longue attente au niveau des structures sanitaires

### **6.2. Analyse sur les patients**

Le sexe féminin a été prédominant avec un sex-ratio de 1,09. Les sujets dont la tranche d'âge est comprise entre de 20-40 ans ont été le plus représentés avec 47,5% et la moyenne d'âge a été  $39,27 \pm 15,278$  ans avec des extrêmes de 2 et 78 ans. Les fonctionnaires ont été la profession la plus représentée avec une proportion de 40,1%.

Le régime d'assurance maladie est un régime auquel l'assuré est automatiquement rattaché en fonction de sa situation personnelle :

- Les fonctionnaires de l'Etat, des collectivités territoriales, des établissements publics, les parlementaires, les agents des forces armées et de sécurité ;

- Les personnes assujetties au régime de sécurité sociale en vigueur dans le secteur privé
- Les titulaires de pension des secteurs public et privé, les titulaires de pension de retraite de parlementaire, les titulaires de pension de retraite militaire
- Les employeurs des secteurs public et privé
- Les organismes publics servant des pensions.
- Peuvent adhérer à l'assurance maladie obligatoire, les personnes affiliées au régime d'assurance volontaire de l'INPS.

Parmi les bénéficiaires de service AMO, un peu moins de la moitié (49,7%) des ordonnances étaient destinés à l'assuré principal (ouvrant droit) contre 50,3% des ayants droit. Ce résultat est similaire à celui de Kanté. M en 2015, dans une étude réalisée dans les centres de santé de référence de la commune IV et V du district de Bamako qui trouva que 46,3% des ordonnances étaient destinés aux ouvrants droits contre 53,7%. Cela s'expliquerai par le fait qu'un ouvrant droit peut faire bénéficier plusieurs ayants droits.

La majorité de nos assurés soit 94,3% ont affirmé être très satisfaits des services de prestation de l'AMO. Ce résultat est similaire à celui de Diah A (23) en 2017, qui avait trouvé sur les 400 assurés, 86% étaient satisfaits de l'AMO et l'étude d'YMELE NANA. C en 2015 a révélé que la satisfaction par rapport à l'AMO résidait dans la facilitation de l'accès aux soins (98,0%) et la disponibilité des médicaments à bas prix grâce à l'AMO (95,9%) (24).

Par contre Kanté. M (25) en 2015 avait trouvé que 65,3% des assurés étaient non satisfaits de l'AMO. Cette différence pourrait s'expliquer par une augmentation du nombre de guichet AMO, une inclusion de plus de médicaments et une formation continue des agents AMO entre 2015 et 2018. Nous avons trouvé que le montant cotisé par mois par les adhérents à l'Assurance Maladie Obligatoire n'est pas connu par 171 patients, soit 54,5%.

Par contre 143 (34,3%) de nos patients savent le montant qu'ils cotisent par mois au compte de l'AMO. Cet état de fait peut s'expliquer d'une part, par une insuffisance d'informations (manque de sensibilisation) des adhérents par la CANAM et d'autre part, par une négligence de la part des adhérents. Ce résultat est similaire à celui de Kanté M (25) en 2015

### **La qualification du prescripteur sur les feuilles de soins**

Sur les 314 feuilles de soins des assurés interrogés, nous avons constaté que 82,8% des prescriptions comportait les cachets et code AMO des médecins. Ce constat est supérieur à celui de Sanogo. A (26) en 2015 et Diah A. en 2017 qui ont rapporté respectivement que 59% et 68,9% des ordonnances comportait les cachets et code AMO des médecins.

Parmi les prescripteurs interrogés, 50,5% affirmaient ne pas consulter la liste des médicaments autorisés par l'AMO avant de prescrire qui est un peu inférieur à celui de Sanogo. A (26) 68.9% en 2015. Ce qui rend la tâche plus difficile pour le Pharmacien. Nous avons constaté que 51,9% des ordonnances comportaient plus de 3 médicaments ce qui était contraire aux recommandations de l'OMS qui préconise 2 par ordonnance. Ce constat est pratiquement similaires à celui de Diah A. (23) en 2017 et Sanogo A. (26) en 2015 qui ont rapporté respectivement 53.25% et 78/157 des ordonnances. Ces prescriptions pourraient s'expliquer par le fait que le patient paye moins (30% du cout total et les 70% sont payés par le CANAM).

Le cout total de la plus part des ordonnances était compris entre 10 000 et 20 000 FCFA soit 41,1% et le montant du ticket modérateur de la majorité des ordonnances était en dessous de 5 000 FCFA (61,1%), ce qui était abordable en générale pour la plupart des patients.

### **6.3. Analyse sur les officines**

#### **Durée dans l'AMO**

La plus part de nos officines en commune VI avait une durée d'affiliation de moins de 5ans dans l'AMO soit 77,8%. Seulement 22,2% avait une durée supérieure à 5ans. Alors que l'AMO a été mise en place depuis le 26 juin 2009 soit près de 9ans [Loi N°09-015 du 26 juin 2009] mais effective depuis 2011. Cela pourra s'expliquer par le caractère libre et volontaire de l'adhésion des Officines privées. Mais aussi à la durée d'existence des Officines, car chaque année il y a des nouvelles installations.

#### **Nombre de prestation AMO**

Parmi les Officines affiliées à l'AMO, 77,8% ont affirmé avoir moins de 20 prestations AMO par jour. Par contre 22,2% (4/18) ont affirmé avoir plus de 20 ordonnances AMO par jour. Cela pourrait s'expliquer par le faite que seulement 4 Officines étaient affiliées à l'AMO depuis plus de 5 ans. Parmi les dix-huit officines, une seule avait une équipe de prise en charge des ordonnances AMO. En cas de rupture de stock, 22,2% des officines ont affirmés avoir remplacé par un autre produit par contre Diah A. (23) a trouvé au cours de son étude 72.8% de cas de substitutions et l'étude de Traoré O. en 2010 a donné 63% de cas de substitutions avec les ordonnances ordinaires (27).

Or, l'Article 18 de la convention sectorielle signée entre les pharmaciens et la CANAM est ambiguë par rapport à la question. L'Article est ainsi libellé : « 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 ».

Au Mali, selon le décret numéro 95-448/P-RM du 27 décembre 1995, le pharmacien est autorisé à substituer une spécialité pharmaceutique par une autre « essentiellement similaire », il ne peut en changer ni la forme ni le dosage.

Dès lors, il convient de relire l'article 18 de la convention sectorielle en le rendant plus explicite sur la possibilité de la substitution dans la mesure où une convention doit tenir toujours compte du cadre réglementaire existant surtout lorsque les dispositions de ce dernier permettent de maîtriser les dépenses.

L'absence d'une équipe de prise en charge des ordonnances AMO pourrait avoir une influence sur la qualité de la prestation du service AMO.

Toutes les officines ont affirmé avoir des rejets d'ordonnances AMO et ces rejets étaient constitués principalement par : Le droit fermé avec 83,3%, la prescription des médicaments non prise en charge par AMO (77,8%) et aussi des prix de médicaments dans les officines supérieur aux prix de la CANAM (55,6%). Par contre Diah, A dans une étude sur le Rôle et responsabilité du pharmacien dans la mise en œuvre de la politique de l'AMO au Mali en 2018 a rapporté comme principale source de rejet le temps d'exécution long avec 50% et la différence de prix avec 22,2%. Le délai de remboursement comme mentionné dans le dite protocole d'accord avec les pharmaciens (15 jours) n'était pas respecté à 61,1% par l'AMO. Ce qui peut constituer un véritable problème pour les pharmaciens par rapport au renouvellement des stocks de médicaments dans les officines, car le pharmacien a besoin d'argent pour renouveler le stock. Le prix des médicaments et le délai de paiement ont été les principales suggestions d'amélioration des services de l'AMO apportés par les pharmaciens d'Officine. En plus des suggestions des pharmaciens d'officines, au vue de nos résultats nous suggérons que les ouvrants droits ayant plus d'ayants droits cotisent plus que les ouvrants droits ayant moins d'ayants droits. Le prix de médicaments fixés par les grossistes est souvent supérieur au prix

AMO, ce qui constitue un manque à gagner pour l'Officine. Certains pharmaciens sont souvent obligés de calculer cette différence et communiquer le reliquat aux patients, qui souvent peuvent être source de discorde entre le patient et le pharmacien.

## **7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **7.1. Conclusion**

Au terme de notre étude portant sur l'évaluation des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire auprès des patients et des Officines de la commune VI, il en ressort que la plupart des assurés principaux sont des fonctionnaires. La majorité des assurés sont satisfaits des services de prestation AMO. La liste des médicaments autorisés par l'AMO n'est pas consultée par beaucoup des prescripteurs avant la prescription. L'absence d'une équipe de prise en charge des ordonnances AMO dans les officines peut avoir un impact sur la qualité des services AMO dans les officines.

### **7.2. Recommandations**

#### **Aux Pouvoirs Publics :**

- Recruter des personnes ressources (pharmaciens) pour permettre la pérennité du système AMO ;
- Adopter des stratégies afin de rationaliser l'usage du médicament ;
- Renforcer le mode de financement du régime de l'AMO en vue de couvrir toute la population du Mali ;
- Inciter les dispensateurs à appliquer leur devoir et assumer leur responsabilité.

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

- Instaurer la substitution dans l'AMO ;
- Actualiser la liste et le prix des médicaments de façon périodique (chaque année) et la rendre disponible à tous les niveaux ;
- Adopter une liste de références médicales opposables ;
- Augmenter le nombre de structures (Publiques et privées) de prestations médicales conventionnaires de CANAM ;
- Renforcer les compétences des agents au niveau des guichets AMO ;



- Renforcer le contrôle pour minimiser les fraudes ;
- Augmenter le nombre de guichets AMO pour pallier aux longues files d'attente ;
- Doter toutes les guichets AMO des structures sanitaires des outils didactiques leurs permettant de contrôler au préalable l'ouverture et la fermeture des droits des assurés ;
- Rémunérer le traitement des feuilles de soins au niveau des officines ;
- Prévoir la substitution des produits sur les ordonnances de l'AMO ;
- Recruter les pharmaciens à la CANAM ;

**Aux organismes gestionnaires délégués : (INPS, CMSS)**

- Rembourser les officines à temps afin d'éviter des désagréments dans l'approvisionnement correct en médicaments pour les assurés ;
- Informer les officines de l'état de rejet de leurs feuilles de soins ;
- Envoyer les ordres de virements aux officines à temps.

**Au Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens :**

- Sensibiliser les pharmaciens sur leur responsabilité juridique, particulièrement leur responsabilité sociale ;
- Appliquer les textes en vigueur en matière de substitution pour permettre aux pharmaciens d'assumer entièrement leur rôle ;
- Initier la relecture des textes notamment le code de déontologie pour mieux prendre en compte les nouveaux changements intervenus dans le secteur avec l'avènement de la politique de l'AMO.

**Aux assurés :**

- Diminuer la surconsommation des médicaments ;
- Eviter d'utiliser leur carte AMO pour servir les non assurés en médicament.
- Formuler leur préoccupation à l'égard de l'assureur (CANAM).

## 8. REFERENCES :

1. OMS. Définition de la santé.
2. Breuil Genier P. 6. La maîtrise des dépenses en santé, la réforme de l'assurance-maladie. Vol. 14. 1999. 95-130 p.
3. Ministère de la santé, Direction de la Pharmacie et du Médicament. Politique Pharmaceutique Nationale du Mali. Mali; 2011. 15 p.
4. Breuil-Genier P. La maîtrise des dépenses en santé, la réforme de l'assurance-maladie. Vol. 14. N° 95-130 p1999.
5. OMS. Assurance maladie [Internet]. Disponible sur: [http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/fr/](http://www.who.int/universal_health_coverage/fr/)
6. OMS. Rapport Mondial de la Santé 2010 [Internet]. 2010 [cité 13 oct 2017]. 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. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Chiffres clés de la sécurité sociale [Internet]. 2010<sup>e</sup> éd. France; N° 8-12 p44. Disponible sur: [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011\\_chiffres\\_cles.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011_chiffres_cles.pdf)
8. Dussault G. Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. France; 2007. N° 15-25 p340.
9. COULIBALY M. Groupe de recherche en économie appliqué et théorique (GREAT) [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/Mali-Communal-Budget-Transparency-Index-French.pdf>
10. CANAM. 3. Entre satisfaction et contestations, l'AMO trace son chemin. Disponible sur: [www.diasporaction.com/index.php?option=com...6](http://www.diasporaction.com/index.php?option=com...6)
11. CANAM. 4. Assurance Maladie Obligatoire : le nouveau contrat social-Primature. Disponible sur: [www.primature.gov.ml/index.php?option=com\\_content&task](http://www.primature.gov.ml/index.php?option=com_content&task)
12. Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées. 2. Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali.

Disponible sur: [www.who.int/MDSSPA\\_Mali-Etat\\_des\\_lieux\\_couverture\\_universelle](http://www.who.int/MDSSPA_Mali-Etat_des_lieux_couverture_universelle)

13. CANAM, SYNAPPO, CNOP. 19. Convention sectorielle entre la caisse nationale d'assurance maladie et les officines de pharmacie. 2011.
14. OMS. 9. Critères de sélection de médicaments essentiels. 1995;
15. Aiache J. 10. Initiation à la connaissance du médicament . In: 2010<sup>e</sup> éd. France.; p. 406-532.
16. Pr Maïga S. 13. Cours de législation 1er Année Pharmacie . 2012.
17. OMS. 7. Assurance maladie. Disponible sur: [http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/fr/](http://www.who.int/universal_health_coverage/fr/)
18. Dussault G. 6. Assurance maladie en Afrique francophone: améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. 2007;(15-25):340.
19. Ministère du développement social de la solidarité et des personnes âgées. 8. Rapport final , Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali ; oct 2011;
20. Akazili J. 18. Ghana la couverture santé, un combat universel.
21. CANAM. 15. Situation globale des assurés immatriculés. 2017.
22. CANAM. 16. Etat récapitulatif des structures conventionnées. 2017.
23. Diah A. 22. Rôle et Responsabilité du Pharmacien dans la mise en œuvre de la Politique de l'Assurance Maladie Obligatoire au Mali. [Faculté de pharmacie]; Université des Sciences Techniques et de Technologies de Bamako(USTTB); 2017.
24. Ymelle Nana C. Évaluation du recours aux soins des adhérents à l'assurance maladie obligatoire au chu point G. [Thèse de médecine]. [Bamako, Mali]: Université des Sciences Techniques et de Technologies de Bamako(USTTB); 2015.
25. Kanté M. 23. Enquête de satisfaction des assurés AMO au niveau de deux (02) centres de santé de références du district de Bamako. [Faculté de

- médecine]: Université des Sciences Techniques et de Technologies de Bamako(USTTB); 2015.
26. Sanogo A. 11. Problématique de la dispensation des ordonnances de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) dans 12 officines privées du district de Bamako et 4 de Kati. [Thèse de pharmacie]. [Faculté de pharmacie]: Université des Sciences Techniques et de Technologies de Bamako(USTTB); 2015.
  27. Traoré. O. 20. Etude de la qualité de la dispensation des médicaments dans les pharmacies privées de Bamako. [Thèse en pharmacie]. [Faculté de pharmacie]: Université des Sciences Techniques et de Technologies de Bamako(USTTB); 2009.
  28. La loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire ; (J.O.R.M)
  29. Le décret N°09-552/P-RM du 12 octobre 2009 fixe les modalités d'application de la loi instituant l'AMO ; (J.O.R.M)
  30. Le décret N°10-578/P-RM du 26 octobre 2010 fixant le taux de cotisations du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire ; (J.O.R.M)
  31. La loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (J.O.R.M).
  32. Le décret 09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la CANAM ; (J.O.R.M)
  33. Le décret N° 09 - 555 / P-RM du 12 octobre 2009 fixant les modalités d'application de la loi portant institution du régime d'assistance médicale. (J.O.R.M)
  34. Le décret N°10-398/P-RM du 26 juillet 2010 portant nomination du conseil d'administration de la CANAM. (J.O.R.M)
  35. Le décret n°10-5 8 0 /P- RM du 26 octobre 2010 fixant les principes de la tarification préférentielle et les taux de couverture des prestations de soins de santé de l'assurance maladie obligatoire et de l'assistance médicale. (J.O.R.M)

## **Annexe :**

### **Fiches d'enquête :**

#### **FICHE D'ENQUETE PATIENTS**

##### **1. Identification :**

- a. Date d'enquête :
- b. Nom de l'officine :
- c. Commune :
- d. Quartier :
- e. Age :
- f. Sexe :
- g. Profession :
- h. Qualité du dispensateur : pharmacien // vendeur //

2. Etes-vous l'assuré principal ? : a. OUI                      b. NON

3. Etes-vous satisfait de l'AMO ? : a. OUI                      b. NON

##### **4. Combien cotisez-vous ? :**

- a. Inférieur à 5000Fcfa
- b. Entre 5000-10000Fcfa
- c. Entre 10000-20000Fcfa
- d. Supérieur à 20000Fcfa
- e. Ne sait pas

##### **5. Etes-vous fonctionnaire ou salarié du privé ? :**

- a. Fonctionnaire                      b. Privé                      c. Autres :

##### **6. Depuis combien de temps prélève t'on l'AMO sur votre salaire ?**

- a. Inférieur à 1 an                      b. 1-2 ans                      c. 2-3 ans
- d. 3-4 ans                      e. 4-5 ans                      f. 5-6ans                      g. 6-7 ans

##### **7. Depuis combien de temps bénéficiez- vous de l'AMO ? :**

8. Etes-vous bien accueillis par les personnels de l'AMO dans les structures de santé ? :

- a. Très bien    b. Bien    c. Assez-bien    d. Passable    e. Mauvais
9. Combien de temps passez-vous en moyenne dans les structures de santé pour avoir une fiche AMO ? :
10. Quel est le nombre de médicament prescrit sur la fiche AMO ? :
11. Quel est le nombre de médicament servi ? :
12. La qualité du prescripteur : a. Médecin    b. Sage-femme    c. Infirmier    d. Autres
13. Le Montant total de la dépense :
14. Le Montant Part ticket Modérateur :  
a. inférieur à 1000Fcfa    b. 1000-5000Fcfa    c. 5000-10000Fcfa    d. Supérieur à 10000Fcfa
15. Le Montant Part AMO :
16. Que doit-on faire pour améliorer l'AMO ? :

## FICHE D'ENQUETE OFFICINE DE PHARMACIE

1. Depuis combien de temps êtes-vous dans l'AMO ? :
2. Quel est le temps de prise en charge moyenne d'un patient avec une ordonnance AMO à l'officine ? :
3. Est-ce qu'il y'a une équipe uniquement pour la prise en charge des prestations AMO ? :                      a. OUI                      b. NON
4. Combien de prestation AMO recevez-vous par jour ?
  - a. Inférieur à 10
  - b. Entre 10-20
  - c. Entre 20-40
  - d. Entre 40-60
  - e. Supérieur à 60
5. Faites – vous des substitutions en cas de ruptures de médicaments ?
  - a. OUI
  - b. NON
6. Est-ce que c'est autorisé sur la feuille de soin ?
  - a. OUI
  - b. NON
7. Existe-t-il des rejets de factures ? :
  - a. OUI
  - b. NON
8. Quels sont les causes de rejet des factures AMO ?
  - a. Droit fermé
  - b. Rupture de médicaments
  - c. Entête non remplie
  - d. Absence de cachet sec
  - e. Absence de signature du prescripteur
  - f. Médicament non prise en charge par l'AMO


- g. Quantité trop élevée de médicament prescrit
  - h. Différence du cout de l'ordonnance entre la CANAM et la pharmacie
  - i. Autres
9. Les causes de non –paiement de vos factures AMO ?
- a. Droit fermé
  - b. Non habilité
  - c. Autres
- 10.L'AMO rembourse- t-elle ces factures dans le délai ?
- a. OUI
  - b. NON
11. Que doit-on améliorer dans l'AMO ? :







Tel Assuré:



**FEUILLE DE SOINS MALADIE N°15** 1717042

Accord Préalable      Oui       Non

Volet n°3  
(Pharmacien)

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 et cachet du Praticien

Date : .....      Signature du responsable de la facturation

Code Pharmacie n°1 /_/_/_/_/	Code Pharmacie n°2 /_/_/_/_/	Médicaments/Appareillages (Réservée au Prescripteur)	Posologies	quantités	Prix Pharma 1	Prix Pharma.2	Signature et cachet du Pharmacien
							Pharmacie 1
							Pharmacie 2

10- Cachet et Signature du Prescripteur

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

Montant de la dépense  
Montant Ticket Modérateur

Montant Part AMO


**Figure 4 : Présentation du volet n°3 des feuilles de soins de l'AMO.**





**Fiche signalétique :****Nom :** Konaté**Prénom :** Mahaoua**Adresse Email:** mahaouakonate16@gmail.com**Année universitaire :** 2017-2018**Ville de soutenance :** Bamako**Pays :** Mali**Titre de la thèse :** Evaluation de la qualité des services de prestation de l'AMO dans les officines privées de la commune VI du district de Bamako.**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 :**

L'assurance maladie est un dispositif chargé d'assurer un individu en cas de maladie. Pour améliorer l'accès permanent, facile et solidaire aux soins de santé, les autorités maliennes ont créé l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) par la loi N° 09-015 du 26 Juin 2009. Depuis cette mise en place très peu d'étude ont porté sur le suivi et l'évaluation de la prestation de l'AMO. Une étude d'évaluation des services AMO a été menée dans certaines officines au Mali. La présente étude s'est déroulée du 01 avril 2018 au 01 aout 2018, et à concerner 18 officines privées conventionnées à la CANAM de la commune VI du district de Bamako. Parmi les bénéficiaires de service AMO, la majorité des ordonnances étaient destinés aux ayants droit (50,3%). La majorité de nos assurés (94,3%) ont affirmé être satisfaits des services de l'AMO. Nous avons constaté que 51,9% des ordonnances comportaient plus de 3 médicaments. Toutes les officines ont affirmé avoir des rejets d'ordonnances AMO. Le délai de remboursement comme mentionné dans le dite protocole d'accord avec les pharmaciens (15 jours) n'était pas respecté à 61,1%.

**Mots clés :** Evaluation -Prestation - Officine -Substitution - AMO

## IDENTIFICATION SHEET

**Name:** Konaté

**First name:** Mahaoua

**Email address:** mahaouakonate16@gmail.com

**Academic Year:** 2017-2018

**Town of graduation:** Bamako

**Country:** Mali

**Title of thesis:** Evaluation of the quality of AMO's delivery services in the private pharmacies of commune VI of Bamako district.

**Place of deposit:** Library of the faculty of medicine and odonto stomatology (FMOS) and pharmacy (FAPH) BP. 1805 Bamako

**Sector of interest:** Public Health/ Pharmaceutical Legislation

### Summary:

Health insurance is a device responsible for insuring an individual in case of illness. To improve permanent, easy and supportive access to health care, the Malian authorities created the Compulsory Health Insurance (AMO) by the law N°09-015 of June 26, 2009. Since this establishment very little, the study focused on the monitoring and evaluation of AMO services was conducted in some pharmacies in Mali. This study took place from 01 April 2018 to 01 August 2018, and involved 18 private pharmacies contracted to the CANAM of commune VI of the district of Bamako. Among the recipients of AMO services, the majority of prescriptions were intended for rights holders (50.3%). The majority of our insureds (94.3%) said they were satisfied with AMO services. We found that 51.9% of prescriptions included more than 3 drugs. All the pharmacies claimed to have rejection of AMO prescriptions. The reimbursement period as mentioned in the said protocol with pharmacists (15days) was not respected at 61.1%.

**Key words:** Evaluation – Benefit – Pharmacy - Substitution - AMO.

## SERMENT DE GALIEN

- Je jure en présence des maîtres de cette Faculté, des conseillers de l'ordre des Pharmaciens et de mes chers 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 consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les 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 !**