

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



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



U.S.T.T-B



FACULTE DE PHARMACIE

Année universitaire 2022/2023

N° :...../.....

TITRE DE LA THESE

**PROBLEMATIQUE DU REMBOURSEMENT
DES PRESTATIONS AMO DES OFFICINES
DE PHARMACIE PRIVEE A LA DIRECTION
GENERALE DE LA CMSS**

Présentée et soutenue publiquement le / / 2024 devant la Faculté de Pharmacie par :

HAMZA MALLE

Pour l'obtention du grade de docteur en Pharmacie (DIPLÔME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT : M. Souleymane DAMA, Maitre de conférences

MEMBRES : M. Karim TRAORE, Maitre de conférences

M. Brahima DIARRA, docteur en pharmacie

CO DIRECTEUR : M. Youssouf COULIBALY, docteur en médecine

DIRECTEUR : M. Sédina A S DIAKITE, Maitre de conférences

LISTES DES ENSEIGNANTS

ADMINISTRATION

Doyen : Boubacar TRAORE, Professeur

Vice-doyen : Sékou BAH, Maître de Conférences

Secrétaire principal : Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

Agent comptable : Ismaël CISSE, Contrôleur des Finances.

PROFESSEURS HONORAIRES

	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
2	Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
3	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
4	Abdoulaye	DABO	Malacologie -Biologie animale
5	Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
6	Mouctar	DIALLO	Parasitologie-mycologie
7	Souleymane	DIALLO	Bactériologie – Virologie
8	Kaourou	DOUCOURE	Physiologie humaine
9	Ousmane	DOUMBIA	Chimie thérapeutique
10	Boukassoum	HADARA	Législation
11	Gaoussou	KANOUTE	Chimie analytique
12	Alou A.	KEÏTA	Galénique
13	Mamadou	KONE	Physiologie
14	Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
15	Abdourahamane S.	MAIGA	Parasitologie
16	Saibou	MAICA	Législation
17	Elimane	MARIKO	Pharmacologie
18	Mahamadou	TRAORE	Génétique
19	Sékou Fantamadv	TRAORC	Zoologie
20	Yaya	COULIBALY	Législation

PROFESSFURS DECEDES

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITE
1	Mahamadou	CISSE	Biologie
2	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
3	Moussa	HARAMA	Chimie analytique
4	Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
5	Moussa	SANOGO	Gestion pharmaceutique

DER: SCIENCES BIOLOGIQUES ET MÉDICALES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Mounirou	BABY	Professeur	Hématologie
2	Mahamadou	DIAKITE	Professeur	Immunologie-Génétique
3	Alassane	DICKO	Professeur	Santé Publique
4	Abdoulaye	DJIMDE	Professeur	Parasitologie-Mycologie
5	Amagana	DOLO	Professeur	Parasitologie-Mycologie
6	Aldjouma	GUINDO	Professeur	Hématologie. Chef de DER
7	Akory Ag	IKNANE	Professeur	Santé Publique/Nutrition
8	Kassoum	KAYENTAO	Directeur de recherche	Santé publ./ Bio-statistique
9	Ousmane	KOITA	Professeur	Biologie-Moléculaire
10	Issaka	SAGARA	Directeur de recherche	Bio-statistique
11	Boubacar	TRAORE	Professeur	Parasitologie-Mycologie

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Bourèma	KOURIBA	Maître de conférences	Immunologie
2	Almoustapha Issiaka	MAÏGA	Maître de recherche	Bactériologie-Virologie
3	Mahamadou S.	SISSOKO	Maître de recherche	Bio-statistique
4	Ousmane	TOURE	Maître de recherche	Santé Publiq/Santé environ.
5	Djibril Mamadou	COULIBALY	Maître de conférences	Biochimie Clinique
6	Djénéba Coumba	DABITAO	Maître de conférences	Biologie-moléculaire
7	Antoine	DARA	Maître de conférences	Biologie-moléculaire
8	Souleymane	DAMA	Maître de conférences	Parasitologie – Mycologie
9	Laurent	DEMBELE	Maître de conférences	Biotechnologie-Microbienne
10	Seidina A. S	DIAKITE	Maître de conférences	Immunologie
11	Fatou	DIAWARA	Maître de conférences	Epidémiologie
12	Ibrahima	GUINDO	Maître de conférences	Bactériologie Virologie
13	Amadou Birama	NIANGALY	Maître de conférences	Parasitologie – Mycologie
14	Fanta	SANGO	Maître de conférences	Santé pub/Santé commun.
15	Yéya dit Dadio	SARRO	Maître de conférences	Epidémiologie

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
-----------	----------------	-------------	--------------	-------------------

1	Mohamed	AG BARAIKA	Maître-Assistant	Bactériologie-Virologie
2	Charles	ARAMA	Maître-Assistant	Immunologie
3	Boubacar Tiétiè	BISSAN	Maître-Assistant	Biologie clinique
4	Seydou Sassou	COULIBALY	Maître-Assistant	Biochimie Clinique
5	Klétigui Casimir	DEMBELE	Maître-Assistant	Biochimie Clinique
6	Yaya	GOITA	Maître-Assistant	Biochimie Clinique
7	Aminatou	KONE	Maître-Assistant	Biologie moléculaire
8	Birama Apho	LY	Maître-Assistant	Santé publique
9	Dinkorma	OUOLOGUEM	Maître-Assistant	Biologie Cellulaire

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Djénéba	COULIBALY	Assistant	Nutrition/Diététique
2	Issa	DIARRA	Assistant	Immunologie
3	Merepen dit Agnès	GUINDO	Assistant	Immunologie
4	Falaye	KEITA	Attaché de Recherche	Santé publiq./santé Environn.
5	N'Deye Lallah Nina	KOITE	Assistant	Nutrition
6	Djakaridia	TRAORE	Assitant	Hématologie

DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Rokia	SANOGO	Professeur	Pharmacognosie Chef de DER

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Loséni	BENGALY	Maitre de Conférences	Pharmacie hospitalière
2	Mahamane	HAIDARA	Maitre de Conférences	Pharmacognosie

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Bakary Moussa	CISSE	Maitre-Assistant	Galénique
2	Issa	COULIBALY	Maitre-Assistant	Gestion
3	Balla Fatogoma	COULIBALY	Maitre-Assistant	Pharmacie hospitalière
4	Adama	DENOU	Maitre-Assistant	Pharmacognosie
5	Hamma Boubacar	MAIGA	Maitre-Assistant	Galénique
6	Adiaratou	TOGOLA	Maitre-Assistant	Pharmacognosie

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Seydou Lahaye	COULIBALY	Assistant	Gestion pharmaceutique
2	Daouda Lassine	DEMBELE	Assistant	Pharmacognosie
3	Sékou	DOUMBIA	Assistant	Pharmacognosie
4	Assitan	KALOGA	Assistant	Législation
5	Ahmed	MAIGA	Assistant	Législation
6	Aichata Ben Adam	MARIKO	Assistant	Galénique
7	Aboubacar	SANGHO	Assistant	Législation
8	Bourama	TRAORE	Assistant	Législation
9	Sylvestre	TRAORÉ	Assistant	Gestion pharmaceutique
10	Aminata Tiéba	TRAORE	Assistant	Pharmacie hospitalière
11	Mohamed dit Sarmove	TRAORE	Assistant	Pharmacie hospitalière

DER : SCIENCES OU MEDICAMENT

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Sékou	BAH	Professeur	Pharmacologie
2	Benoit Yaranga	KOUMARE	Professeur	Chimie Analytique
3	Ababacar I.	MAIGA	Professeur	Toxicologie

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Tidiane	DIALLO	Maitre de Conférences	Toxicologie
2	Hamadoun Abba	TOURE	Maitre de Conférences	Bromatologie Chef de DER

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Dominique Patomo	ARAMA	Maitre-Assistant	Pharmacie chimique
2	Mody	CISSE	Maitre-Assistant	Chimie thérapeutique
3	Ousmane	DEMBELE	Maitre-Assistant	Chimie thérapeutique
4	Madani	MARIKO	Maitre-Assistant	Chimie Analytique
5	Karim	TRAORE	Maître-Assistant	Pharmacologie

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Mahamadou	BALLO	Assistant	Pharmacologie
2	Dalave Bernadette	COULIBALY	Assistant	Chimie analytique
3	Blaise	DACKOUO	Assistant	Chimie Analytique
4	Fatoumata	DAOU	Assistant	Pharmacologie
5	Abdourahamane	DIARA	Assistant	Toxicologie
6	Aiguerou Abdoulaye dit	GUINDO	Assistant	Pharmacologie
7	Mohamed El Béchir	NACO	Assistant	Chimie analytique
8	Mahamadou	TANDIA	Assistant	Chimie Analytique
9	Dougoutigui	TANGARA	Assistant	Chimie analytique

DER : SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
-	-	-	-	-

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Lassana	DOUMBIA	Maitre de Conférences	Chimie appliquée
2	Abdoulaye	KANT E	Maitre de Conférences	Anatomie
3	Boubacar	YALCOUYE	Maitre de Conférences	Chimie organique

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Mamadou Lamine	DIARRA	Maitre-Assistant	Botanique-Biol. Végét Chef de DER
2	Boureima	KELLY	Maître-Assistant	Physiologie médicale

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

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

CHARGES DE COURS (VACATAIRES)

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
2	Babou	BAH	Anatomie
3	Souleymane	COULIBALY	Psychologie
4	Yacouba M	COULIBALY	Droit commercial
5	Moussa I	DIARRA	Biophysique
6	Satigui	SIDIBÉ	Pharmacie vétérinaire
7	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-embryologie
8	Fana	TANGARA	Mathématiques
9	Djénébou	TRAORE	Sémiologie et Pathologie médicale
10		SAMASSEKOU	Génétique
11	Boubacar	ZIBEÏROU	Physique

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A la grande famille MALLE

Tous les mots ne s'auraient exprimer ma reconnaissance et mon respect à l'endroit de cette famille. Soucieuse de notre devenir, aucune difficulté n'a été un obstacle même pas cette maladie de l'hémophilie car, vos conseils et soutiens ont été toujours le meilleur refuge. Recevez par ce travail mon témoignage absolu.

Je prie ALLAH le tout puissant pour qu'il garde cette famille soudée dans le bonheur et la santé.

REMERCIEMENTS

Gloire à ALLAH, le tout puissant et miséricordieux de m'avoir donné le courage, la santé et l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études jusqu'à aujourd'hui. Qu'il m'assiste et me guide toujours dans le droit chemin tout au long de ma carrière

Remerciements

A l'Etat Malien

Ma reconnaissance est infinie pour tous les efforts consentis à ma formation. Que Dieu bénisse le Mali !!!

A mon parent Feu professeur Lamine MALLE

Votre humanisme, votre rigueur dans le travail bien fait nous marquèrent jamais. Merci pour les encouragements, l'assistance et votre ouverture d'esprit à mon égard.

Qu'ALLAH te fasse miséricordes et t'accepte dans son paradis.

A mon père Souleymane MALLE et ma mère Sanata COULIBALY

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon éducation et mon bien être en tant que malade hémophile.

Ce travail est le fruit de votre patience, de votre attention et votre sacrifice.

Vos prières et vos bénédictions m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Vous avez fait plus qu'un parent puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Qu'Allah, le tout puissant vous procure santé, bonheur et longue vie

A mon grand frère Daouda MALLE :

En témoignage de ma vive reconnaissance et de mon profond respect. En toi j'ai trouvé un ami, un confident et un conseiller en plus de l'énorme soutien moral et

financier que tu n'as cessé de m'apporter. Accepte cher frère ce témoignage de reconnaissance et trouves ici ma dévotion totale.

Qu'ALLAH soit satisfait de notre fraternité.

A mes frères et sœurs :

Grace à vous je sais que j'aurai toujours des gens sur qui compter dans la vie.

Vous rendre fiers, faire votre bonheur est ce en quoi j'aspire car rien ne vaudra jamais la famille et je serai toujours là pour vous.

Je prie ALLAH pour qu'il vous accorde une longue et pieuse vie ainsi que le bonheur absolu.

A mon épouse Mme MALLE Fatoumata SAREH

Merci de me soutenir et de m'encourager à donner le meilleur de moi-même en toutes circonstances. Merci également pour tout l'amour que vous me portez toi, bébé AICHA et le bébé que tu portes. Avec vous, ce travail a été un peu plus aisé pour moi.

Qu'Allah nous accorde une longue vie ensemble dans la santé, dans le bonheur et nous aide à réaliser nos projets communs.

A mes très chers tantes et oncles

Veillez accepter à travers ce travail, l'expression de ma profonde affection et mon énorme respect. Avec tout l'amour que je vous porte, je vous souhaite beaucoup de bonheur dans votre vie.

A mes très chers frères et sœurs, cousins et cousines, neveux et nièces

Voulez-vous trouver ici, l'expression de toute ma considération, ma sympathie et mon amour. Que DIEU vous réserve un bon avenir plein de bonheur et de réussite.

A monsieur Adama DIABATE, promoteur de l'école privée ABBA TOURE

Par vos encouragements, votre disponibilité, l'assistance et votre ouverture d'esprit à mon égard ont su réveiller le génie qui somnolait en moi.

Qu'ALLAH vous accorde longue vie dans la sante pour que nous puissions encore plus apprendre de vous.

A mon chère professeur YACOUBA L. DIALLO hématologue/ HOPITAL du MALI

Aucun mot ne pourrait qualifier à sa juste valeur votre combat pour la cause de nous les hémophiles du Mali. Retrouver ici, l'expression de toute ma considération, ma sympathie et mon amour. Qu'ALLAH vous bénisse !

A mes camarades et mes amis

Particulièrement Oumar T Camara, Mamadou Sidibé, Abdoulaye Kondé, Souleymane Soumaré, Kassoum Dembélé, Djénéba MAIGA, Klézanka Aboubacar Daou, Sekou Ag OYE, Awa N Traoré, Gnine Mariam Samake, Haled Akbéré, Dédé A Yalkouye...

Aucun mot ni expression ne suffirait pour vous remercier et traduire mes sentiments d'amour et de respect. Que Dieu vous accorde une longue vie pleine de santé, de bonheur et de réussite.

A la promotion Mamadou SOUMARE

Chers camarades, recevez ici mes remerciements pour ces années de collaboration. Merci pour tous les moments agréables qu'on a partagés tout au long de ce cycle

A la grande famille ALLURE de la FAPH-FMOS (Alliance Universitaire pour le Renouveau) ;

A tout le personnel de la pharmacie BIEN-ETRE ;

A tout le personnel de la pharmacie NIAGOGO ;

A tout le personnel de la pharmacie TIEBA ;

A tout le personnel de la pharmacie KONGA ;

A tout le personnel de la caisse malienne de sécurité sociale (CMSS),

Particulièrement ;

A mes très chers maîtres de la FMPOS,

Je demande de trouver ici, le témoignage de mon profond respect et de mon estime.

A tous ceux que j'ai omis de citer, trouver ici mon témoignage sincère d'affection et de nobles sentiments

**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DE
JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DE JURY

A notre Maître et Présidente du Jury : Professeur Souleymane DAMA

- Doctorat en pharmacie ;
- PhD en parasitologie ;
- Spécialiste en pharmacologie préclinique et clinique ;
- Maître de conférences de parasitologie-mycologie à la faculté de pharmacie ;
- Enseignant chercheur au MRTC.

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre esprit de critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré de tous.

Veillez agréer cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge : Dr Brahim DIARRA

- Pharmacien titulaire de la pharmacie DEMBELLA à Kalaban Coro extension sud
- Actuel secrétaire général du SYNAPHARM du district de Bamako
- Secrétaire aux finances du SYNAPHARM
- Membre permanent du SYNAPHARM à la réunion paritaire de la CANAM
- Point focal national AMO du bureau exécutif du SYNAPHARM

Cher Maître

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail. Nous avons été fascinés par votre sens de la perfection, du travail bien fait et votre engagement pour la profession pharmaceutique au Mali.

Recevez cher maître nos considérations les plus distinguées.

A notre Maître et Juge : Dr Karim TRAORE

- Docteur en pharmacie / USTTB ;
- Titulaire d'un master en pharmacologie des médicaments ;
- Chercheur à l'unité d'Immuno-génétique du MRTC
- Maitre-Assistant en pharmacologie à la FAPH

Cher maitre,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'amélioration de la qualité de ce travail. Nous avons avec intérêt, apprécié votre rigueur et votre souci du travail bien fait

Permettez-nous cher maitre de vous adresser nos sincère admirations.

A notre Maître et Co-directeur de thèse : Dr Youssef COULIBALY

- Doctorat en médecine
- Médecin conseil à la CMSS
- Chef de la division control médical de la Direction Liquidation des Prestation AMO/ CMSS
- Membre de l'équipe projet dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche qualité et la certification à la norme ISO 9001 version 2015, CANAM/OGD
- Copilote gérer du processus de contrôle médical et liquidation

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail.

Votre rigueur dans le travail, votre dynamisme, votre disponibilité nous ont marqué. Le temps passé à votre côté tout au long de ce travail, nous ont permis de connaître un homme travailleur et infatigable, Nous prions Dieu pour qu'il vous garde longtemps.

Que ce travail soit le langage de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse : Séidina A S DIAKITE

- Doctorat en pharmacie ;
- Titulaire d'un PhD en Immunologie
- Maître de conférences d'Immunologie à la Faculté de Pharmacie (FAPH),
- Enseignant-chercheur au MRTC.

Cher maître

Nous vous remercions grandement d'avoir accepté de diriger ce travail. Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines de même que votre totale disponibilité malgré vos multiples occupations, font de vous un maître apprécié. Nous prions Dieu pour qu'il vous garde longtemps.

Cher maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS : DEFINITIONS

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ANAM : Agence Nationale d'Assistance Médicale

AP : Accord préalable

ARS : Agences Régionales de Santé

CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMSS : Caisse Malienne de Sécurité Sociale

CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

CNTS : Centre Nationale de Transfusion Sanguine

CS Réf : Centre de Santé de Référence

DCI : Dénomination Commune Internationale

FAPH : Faculté de Pharmacie

FCFA : Franc de la Communauté Financière Africaine

FMOS Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FS : Feuille de soin

HDB : Hôpital Dermatologique de Bamako

ID : Identifiant

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

INSP : Institut National en Santé Publique

JORM : Journal Officiel République du Mali

MRTC : Malaria Research and Training Center/ centre de recherche et de formation sur le paludisme

OGD : Organisme de Gestion Délégué

OMS : Organisation Mondiale de Santé

OV : Ordre de Virement

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

P-RM : Présidence de la République du Mali

RAMED : Régime d'Assistance Médicale

RAMU : Régime d'assurance maladie universelle

SSP : Soins de Santé Primaires

SYNAPPO : Syndicat Autonome des Pharmaciens d'Officine Privée

SYNAPHARM : Syndicat National des Pharmaciens du Mali

UNTM : Union Nationale des Travailleurs du Mali

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	2
2	OBJECTIFS.....	5
2.1	OBJECTIF GENERAL :.....	5
2.2	OBJECTIFS SPECIFIQUES :.....	5
3	GENERALITE	7
3.1	LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE DU MALI (10):	7
3.2	LES ASSURANCES-MALADIES :	7
3.2.1	<i>Les régimes d'assurance maladie au Mali</i>	8
3.3	CONVENTION SECTORIELLE ENTRE LA CANAM ET LES OFFICINES PRIVEES(19) :.....	16
3.4	PROCEDURE DE REMBOURSEMENT DES FACTURES DES PRESTATIONS AMO A LA CMSS	27
	METHODOLOGIE.....	39
4	METHODOLOGIE	40
4.1	CADRE ET LIEU D'ETUDE.....	40
4.1.1	<i>Présentation de la CMSS</i>	40
4.2	TYPE ET DUREE D'ETUDE	42
4.3	POPULATION D'ETUDE	42
4.4	COLLECTE, SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES :.....	42
4.5	LES VARIABLES	42
4.6	ASPECTS DEONTOLOGIQUES ET ETHIQUES	42
4.7	DEROULEMENT DE L'ETUDE :.....	43
5	RESULTATS	45
5.1	CONCERNANT LES FACTURES DE PRESTATION AMO REMBOURSEES SUR LA PERIODE D'ETUDE	45
	TABLEAU 10 : DIFFICULTES RECENSEES AU NIVEAU DES DIFFERENTES ETAPES DE LA PROCEDURE DE REMBOURSEMENTS	50
5.2	LES ENTRETIENS AVEC LES ACTEURS MAJEURS	51
6	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	54
6.1	CONCERNANT LES REMBOURSEMENTS DES PRESTATIONS AMO	54
6.2	LES CAUSES DE REJETS	55
6.3	LIMITES DE L'ETUDE	56
7	CONCLUSION.....	58

8 RECOMMANDATIONS 60
9 REFERENCE 62
10 ANNEXES..... 65

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : le processus en tableau.....	36
Tableau 2 : Volume des remboursements par type d'établissements sanitaires subventionnés sur la période de l'étude :.....	45
Tableau 3 : Proportion de pharmacies conventionnées remboursées au cours de la période d'étude :.....	46
Tableau 4 : Taux de remboursement et de rejet des montant de facture AMO des officines de pharmacie au cours de la période d'étude	46
Tableau 5 : répartition des feuilles de soin rejetées en fonction des motifs de rejet.....	47
Tableau 6 : répartition des montants de feuilles de soins rejetées selon les motifs de rejet.....	47
Tableau 7 Nombre de factures de prestation AMO des officines de pharmacie privée déposées	48
Tableau 8 Répartition des feuilles de soin rejetées au niveau du contrôle médical selon le motif de rejets	49
Tableau 9 : Difficultés recensées au niveau des différentes étapes de la procédure de remboursements	50
Tableau 10 : Réponses aux questions posées au cours des entretiens.....	51

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

Les systèmes de sécurité sociale efficaces permettent de garantir la sécurité du revenu et la protection de la santé, contribuant ainsi à prévenir et à réduire la pauvreté et les inégalités, et à promouvoir l'inclusion sociale et la dignité des personnes(1).

En France, un des pays les plus sociaux, les systèmes de sécurité sociale se divisent en quatre branches principales : la branche maladie, la branche accidents du travail – maladies professionnelles, la branche retraite et la branche autonomie, (2).

L'assurance maladie est construite sur trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. Elle permet ainsi à chacun de se faire soigner selon ses besoins, quel que soit son âge et son niveau de ressources. Aujourd'hui elle garantit l'accès aux soins de près de 55 millions de personnes(3), en France.

Depuis 2015, la couverture sanitaire universelle CSU en 2030 est l'un des objectifs de développement durable des nations unies (ODD) (4).

Au Mali, pour réduire la vulnérabilité notamment des pauvres vis à vis de la maladie, un régime d'assurance maladie a été institué en 2009 par la loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant le régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) (5) qui en confie la gestion à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM). La CANAM assure la gestion technique de l'assurance maladie obligatoire, à travers deux organismes gestionnaires délégués (OGD), l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) (6).

Les cinq premières années d'implémentation de l'AMO ont été émaillées de difficultés dues surtout à des contestations syndicales qui ont fortement perturbé la maîtrise des effectifs et des cotisations au titre de l'AMO.

De 2013 à ce jour d'important progrès ont été enregistrés dans

l'enrôlement/immatriculation des personnes assujetties, le conventionnement des établissements de soins, la contribution au renforcement du système de santé(5).

Les relations entre la CANAM et les centres de santé privés, publics et communautaires sont régies par une convention entre les deux parties définissant entre autres les obligations des parties, les tarifs de références des prestations sanitaires, les outils de maîtrise des dépenses de santé, les outils de garantie de la qualité des soins, les

mécanismes de résolution des contentieux. Et les procédures de remboursement des soins.

La CANAM rembourse directement aux prestataires sanitaires les frais ambulatoires et d'hospitalisation hors ticket modérateur(7).

Les articles 40 et 42 de la convention de l'AMO fixe le délai de remboursement des frais de prestation à 15 jours pour les pharmacies et à 30 jours pour les laboratoires d'analyses biomédicales à partir du dépôt de la facture.

Depuis la mise en œuvre du système malgré les multiples efforts fournis par les OGD, le respect de ces dispositions reste problématique occasionnant régulièrement des protestations de la part des prestataires sanitaires. En effet d'énormes difficultés subsistent dans le processus de remboursement des frais de prestations des structures sanitaires conventionnées.

En 2019, Aissata Keita avait rapporté dans une étude que 50% des pharmaciens affirmaient que le délai de paiement n'est pas respecté par la CANAM et suggéraient une révision du système de paiement (8).

Cependant le retard constaté dans le remboursement des frais de prestation ne serait pas lié à un défaut de liquidité au niveau des OGD mais plutôt un problème de procédure et du volume de travail selon la CANAM (9).

Au moment où les plus hautes autorités du Mali envisagent de faire évoluer le régime d'AMO vers un régime d'assurance maladie universelle (RAMU), il nous est paru nécessaire de revisiter la procédure de remboursement des frais de prestations AMO des officines de pharmacie au niveau de la caisse malienne de sécurité sociale (CMSS) en vue d'identifier les principales difficultés.

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général :

L'objectif général de ce travail de thèse était d'évaluer la procédure de remboursements des prestations AMO des pharmacies privées à la direction générale de la CMSS.

2.2 Objectifs spécifiques :

1. Décrire la procédure de remboursements des factures AMO des prestataires d'officines de pharmacie privée ;
2. Identifier les principales difficultés liées aux remboursements des factures AMO des officines de pharmacie privée ;
3. Déterminer les principales causes des rejets des feuilles de soins AMO des officines de pharmacie privée ;
4. Recenser les propositions de solutions aux difficultés de remboursements des prestataires AMO d'officine de pharmacie privée.

GENERALITE

3 GENERALITE

3.1 La Politique nationale de la santé du Mali (10):

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

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

La Politique sectorielle de santé a été reconfirmée et consacrée par la loi n °02- 049 du 22 Juillet 2002 portant Loi d'orientation sur la santé qui précise les grandes orientations de la politique nationale de santé. Ses principaux objectifs sont l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé.

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

3.2 Les assurances-maladies :

L'assurance maladie est un dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie(11). Le principe de l'assurance maladie repose sur la répartition de risques et la charge financière liées 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.

3.2.1 Les régimes d'assurance maladie au Mali

Les régimes d'assurance sociale visent à réduire la vulnérabilité notamment des pauvres vis à vis de la maladie et donc à améliorer leur accessibilité financière aux soins. Le choix fait par le pays porte :

- sur l'assurance maladie obligatoire (AMO) de certaines catégories de population ;
- sur l'élargissement de la couverture par les mutuelles ;
- sur un mécanisme de prépaiement dans le cadre de la référence ;
- sur le développement des caisses de solidarité ;
- sur le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) pour les indigents.
- enfin sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) en cours d'instauration.

3.2.1.1 Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Le régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) a été mis en place par la loi n° 09-015 du 26 juin 2009.

Pour bénéficier de l'AMO, l'assuré doit avoir versé des cotisations pendant au moins 6 mois consécutifs. Sont considérés comme bénéficiaires, les assurés ainsi que les membres de leur famille à charge (conjoint, enfants, ascendants directs).

Le droit aux prestations de l'AMO est maintenu pour l'assuré et ses ayants droit, pendant six mois maximums à compter de la date à laquelle les conditions ne sont plus remplies et pendant un an aux ayants droit d'un assuré décédé qui ne bénéficient d'aucune pension de survivant.

Le panier de soins de l'AMO comprend les soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité :

- consultations générales ou spécialisées
- médicaments
- analyses de laboratoire et imagerie médicale
- soins médicaux

- soins dentaire (hors prothèse)
- hospitalisations
- interventions chirurgicales

L'AMO garantit la prise en charge directe d'une partie des frais de santé par la caisse, l'autre partie restant à la charge de l'assuré sous forme de ticket modérateur. L'assuré peut souscrire une assurance complémentaire pour couvrir les frais restant à sa charge.

- **La législation sur l'AMO (12):**

Les textes relatifs à la législation sont :

- la loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant le régime d'assurance maladie obligatoire(5);
- le décret N°09-552/P-RM du 12 octobre 2009 fixant les modalités d'application de la loi instituant l'AMO(13) ;
- la loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie(14);
- le décret 09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la CANAM(15) ;
- le décret N°10-578/P-RM du 26 octobre 2010 fixant le taux de cotisations du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire(16);
- le décret N°10-398/P-RM du 26 juillet 2010 portant nomination du conseil d'administration de la CANAM(17).
- le décret N°10-579/P-RM du 26 juillet 2010 portant approbation de la convention type de délégation de gestion dans le cadre de l'assurance maladie obligation.

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 la sécurité du revenu : revenu minimum, revenu de remplacement en cas d'interruption ou de réduction des revenus (suite à une maladie, maternité, accident du travail, chômage, invalidité, vieillesse, décès du chef de famille) et ;

- Garantir l'accès à des soins de santé de qualité acceptable et à un coût raisonnable. La mise en place de l'assurance maladie résulte 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 plus d'une dizaine d'années dans ce cadre. Les personnes assurées et assujetties sont couvertes 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. Ensuite, de par sa nature, l'assurance obligatoire interdit la « sélection adverse ». Celle-ci reproduit 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 du régime d'assurance maladie obligatoire a été confiée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), établissement public à caractère administratif créé à cet effet. Elle est chargée, entre autres, de l'encaissement des cotisations du régime d'assurance maladie obligatoire, de l'immatriculation des employeurs et des assurés, la mise à jour des droits des bénéficiaires, de l'allocation aux organismes gestionnaires

délégués que sont l'Institut National de Prévoyance Sociale INPS et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale CMSS des dotations de gestion, de la passation des conventions avec les formations 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 ;
- Un représentant du Ministre chargé des Finances ;
- Un représentant du Ministre chargé de la Fonction Publique ;
- Un représentant du Ministre chargé de la Santé ;
- Un représentant du Ministre chargé de la Défense.

Au titre des usagers de l'établissement,

- Cinq représentants des employeurs ;
- Quatre représentants des travailleurs ;
- Deux représentants des pensionnés ;
- Un représentant des députés.

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, à travers :

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

Au niveau externe, à travers :

- 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 du régime d’Assurance Maladie Obligatoire, le champ d’application de l’AMO concerne les assujettis et les bénéficiaires.

Les 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 gérants des régimes publics de pension. Les bénéficiaires sont les personnes physiques assujetties et les membres de leurs familles à charge, à savoir :– le (s) conjoint (s) ;
- Les ascendants directs de l’assuré ;
- Les enfants de l’assuré issus du mariage présent ou antérieur, ceux âgés de 14 ans au plus, ceux âgés de 21 ans au plus poursuivant des études scolaires ou universitaires et ceux atteints d’un handicap) ;
- 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 par l’assuré ou d’une légitimation adoptive conformément aux dispositions du code de la parenté ;
- Les enfants légalement reconnus par l’assuré.

En Juin 2011, 149 233 personnes étaient déjà immatriculées à l'AMO dont 100 126 fonctionnaires civils, parlementaires, retraités publics et ayants droit et 49 107 travailleurs salariés et ayants droit. Le nombre de demandes d'immatriculation reçues est de 695 426.

- **Ressources financières de l'AMO**

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 salaires 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 et des veuves des pensionnés ;
- 6,56 % à la charge des assurés volontaires.

- **Prestations couvertes par l'AMO**

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.

Certaines prestations sont cependant exclues de la prise en charge par l'AMO. Ce sont :

- Les interventions de chirurgie esthétique ;
- Les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ;
- La lunetterie ;
- Les prothèses dentaires ;
- Toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et les médicaments établis 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 sage-femmes et autres spécialités paramédicales.

- Les structures conventionnées par l'AMO

A la date de juin 2023 la situation des structures conventionnées par l'AMO se présente comme suit :

Sept (7) établissements publics hospitaliers à Bamako et 1 dans chacune des capitales régionales excepté Kidal ;

5 établissements publics de recherche et de traitement (INSP, CNTS, HDB, CRLD et le Centre National d'Appareillage Orthopédique du Mali);

Deux (2) hôpitaux privés dont « Hôpital Mère Enfant Le Luxembourg » et le second hôpital Mère-enfant Naomi Harris de Bongourou'' à Kayes ;

Soixante-onze (71) CSRéf dans les Districts sanitaires du pays ;

1007 CSCom sur l'étendue du territoire ;

Six cent quarante-neuf (649) officines de pharmacie dont 409 à Bamako et Koulikoro ;

Vingt et un (21) laboratoires d'analyses médicales dont 17 à Bamako, 2 à Sikasso, 1 à Kayes et 1 à Ségou.

Deux mille cent neuf (2109) structures conventionnelles à travers le pays dont 984 à Bamako et Koulikoro Parallèlement, les négociations se poursuivent avec les autres structures privées en vue de la signature de conventions. Du 1er mai 2011 (date de début des prestations de l'AMO) au mois de Juillet 2011, le nombre de bénéficiaires des prestations est de 2442. Ce nombre est passé à 1 750 321 bénéficiaires le 31 Janvier 2022(18).

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 : 80% des frais de soins pour l'hospitalisation (tous les soins effectués lorsque que le bénéficiaire est hospitalisé) ; 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.

3.2.1.2 Autres régimes d'assurance

En plus de l'AMO, d'autre régimes d'assurance maladie existent en république du Mali.

Il s'agit de :

- **Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED)**

Le RAMED est destiné à la prise en charge gratuite des plus pauvres et autres admis de droit (orphelins, enfants de rues, détenus, victimes de guerre)

- **Les caisses villageoises de santé et de solidarité pour la référence /évacuation**

Ont pour objectifs d'améliorer l'accessibilité financière aux services de santé des populations desservis par la caisse, de renforcer les pratiques d'entraides et de développer les attitudes de prévoyance face à la maladie

- **Le Régime Assurance Maladie Universelle RAMU**

(En cours d'élaboration)

3.3 Convention sectorielle entre la CANAM et les officines privées(19) :

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, à servir les bénéficiaires et leur fournir des 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 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, 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 obligatoire, le prestataire prend contact avec la direction du contrôle médical pour vérification, avant délivrance de la prestation.

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

❖ Règles liées à 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 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.

❖ **Contrôle médical**

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 tenu de permettre à celle-ci d'exercer un contrôle sur les assurés ou leurs ayants droits 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 œuvre, suivi de la convention et le règlement des différends**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la convention, la caisse élabore et met à jour les modalités et procédures d'échange et de collaboration avec les prestataires conventionnés ainsi que ses annexes. Cette mise à jour est effectuée après concertation avec les prestataires conventionnés. Tous ajouts, 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 prérogatives 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.

❖ **Modalités 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 régimes 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 illégal 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.

❖ **Révision de la convention et procédures 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.

❖ **Procédure de résiliation, de renonciation et de re adhésion à 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 91^{ème} 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 encontre 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

3.4 Procédure de remboursement des factures des prestations AMO à la CMSS

❖ Définitions :

Pharmacien conventionné : pharmacien ayant adhéré à la convention sectorielle des pharmaciens et devant à ce titre respecter ses obligations conventionnelles. Les médicaments dispensés par le pharmacien non conventionné ne sont pas couverts par l'assurance maladie.

Médicament : Le médicament peut être défini 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. Sont notamment considérés comme des médicaments :

Les produits d'hygiène contenant une substance ayant une action thérapeutique.

Les produits d'hygiène contenant des substances vénéneuses à doses égales ou supérieures à celles fixées pour chaque substance et pour chaque type de produit, par arrêté du ministre de la santé.

Médicament générique : Médicament qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs et la même forme pharmaceutique que le médicament original et dont la bioéquivalence avec le produit original a été démontrée par des études

appropriées de biodisponibilité. Un médicament générique contient donc la même molécule, est administré de la même façon et a les mêmes effets que le médicament original. Il est généralement commercialisé sous un nom particulier, mais parfois uniquement sous la dénomination scientifique de la molécule.

Nomenclature générale des actes professionnels : Liste réglementaire des actes médicaux et paramédicaux affectés de leur cotation. Cette liste est fixée par arrêté du Ministre chargé de la santé.

Ouverture des droits aux prestations : Période durant laquelle l'assuré social et ses ayants droit bénéficient des prestations prévues par l'assurance maladie.

Contrôle médical : procédure permettant de vérifier, auprès des prestataires de soins, la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, d'apprécier la validité des prestations au plan technique et médical et constater le cas échéant, les abus et fraudes.

Médecin / pharmacien conseil : praticien exerçant un contrôle médical pour le compte d'un régime d'assurance maladie.

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

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

Feuilles de soins : imprimés fournis par l'organisme de gestion aux prestataires de soins, sur lesquels sont consignées les prescriptions médicales.

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

Abus de prescription : est considéré comme abus de prescription les soins médicaux jugés complaisants par le contrôle médical

Abus de consommation : est considéré comme abus de consommation de soins, le fait pour un assuré ou un ayant droit de provoquer la répétition en série de prestations de santé injustifiée ou de se procurer des médicaments sans lien direct avec une affection immédiate ou en cours de traitement.

Références médicales : Ce sont des règles scientifiques fixées par la communauté médicale, qui décrivent la meilleure façon de traiter une maladie. Elles précisent ce que chaque professionnel doit faire ou ne pas faire, et à quel moment, pour améliorer les chances de guérison tout en préservant la sécurité des patients. Chacun doit pouvoir être soigné selon ces règles.

Taux de prise en charge : taux de couverture par la Caisse des actes médicaux, des prestations et des médicaments. A chaque acte médical, prestation ou médicament correspond un taux de prise en charge spécifique de 70% en ambulatoire et 80% en hospitalisation.

La prise en charge des indigents par l'ANAM est de 100%.

Ticket modérateur : Quote-part des frais à la charge du bénéficiaire des prestations de soins, représentant la différence entre les montants des frais dus au titre des prestations de soins prodiguées conformément aux tarifs conventionnels et les montants pris en charge par le régime de l'assurance maladie.

❖ **Le principe du remboursement des prestations**

Pour la participation de l'assuré dans la prise en charge des prestations, un « ticket modérateur » est mis en place. Il est constitué du reliquat non pris en charge par l'AMO ; soit 20 % et 30 % respectivement pour l'hospitalisation et l'ambulatoire.

Le système de paiement repose sur le principe du remboursement par l'AMO au prestataire de la part des montants pris en charge par le régime. Le taux de prise en charge se précise comme suit :

- **Soins d'Hospitalisation : 80%**
- **Soins Ambulatoire : 70%.**

❖ **La procédure de traitement des dossiers AMO (SMQ) :**

Secrétariat/CMSS :

A la réception les feuilles de soins accompagnées d'une facture cachetée et signée (en copies double généralement) et un bordereau cacheté et signé (en copies double généralement) constitue un dossier pour remboursement.

- A la réception des dossiers de remboursement, le bureau d'accueil procède non seulement à la recevabilité des dossiers, mais également à la vérification des

informations relatives aux feuilles de soins et aux factures qui les accompagnent. Ils élaborent une fiche de tri qui permet de vérifier : le nom de la structure en question, son code prestataire (*PS*), le nombre de feuilles soins (*voir si le nombre de feuilles de soins mentionnées sur le dossier est conforme au nombre indiqué dans le dossier, et s'il n'y a pas de motif de rejet*). Il arrive que des feuilles de soins INPS se retrouvent dans les dossiers de la CMSS ; celles-ci sont retournées après le traitement du dossier et mentionnées aux prestataires (*problème d'OGD*), le code prescripteur, le ticket d'accréditation, le cachet sec, le cachet prestataire. L'agent de tri, après avoir vérifié toutes ces informations, note la date d'arrivée et son nom pour ensuite envoyer les dossiers dans le bureau *autres régimes*.

- Au bureau *autres régimes*, on procède à l'enregistrement électronique (*avec le logiciel Opsis*), qui permet d'attribuer un numéro « ID » (*identifiant*) à chaque dossier ou numéro de bordereau. Cet ID est généré automatiquement suite aux renseignements du dossier qui sont la référence de la facture (*numéro*), le nombre de feuilles de soins reçues, la date d'arrivée du dossier, le montant de la facture, la date de la facture et la localité de provenance soit DG (*Direction Générale*) pour Bamako et DR (*Direction Régionale*) pour les régions.

Toutes ces informations sont portées sur une fiche appelée « *Récépissé de dépôt de dossier de remboursement AMO* ». Elle est faite en quatre exemplaires, un pour le dépositaire, le second accompagne le dossier en question et les deux derniers pour le bureau d'accueil et le bureau autre régime.

- Les informations (*le nom de la structure, son numéro ID, le nombre de feuilles de soins, la localité, et le montant de la facture*) de chaque dossier sont ensuite enregistrées dans un registre manuel.

Les informations sur chaque dossier sont enregistrées dans le registre de répartition des dossiers ; lesquels sont transmis au bureau des réceptions.

*NB : chaque transmission d'un lot de dossiers au niveau suivant, est effectuée à travers le logiciel **Opsis** et une fiche physique de lot de transmission LT en deux exemplaires est déchargée pour confirmer.*

Le Chef de *bureau réception* se charge de répartir ces dossiers entre ses agents de réception. A l'aide du *logiciel Activ Premium*, chaque feuille de soins est analysée, vérifiée et puis enregistrée par dossier. Par la suite, les dossiers sont notés sur une fiche de sortie des dossiers réceptionnés sur *Premium*.

A la fin de la réception, les dossiers sont transmis au chef de bureau de la liquidation, pour être liquidés conformément aux procédures édictées, en matière de liquidation des feuilles de soins.

Division Liquidation des prestations AMO

Le Chef de Division reçoit les dossiers de remboursement, il évalue la charge de travail et procède à la répartition des dossiers entre les agents liquidateurs, en tenant compte de l'antériorité et des priorités liées au délai de remboursement.

Pour les agents liquidateurs, le traitement du dossier commence par des vérifications de conformité des données générales sur la feuille de soins (*origine, nature, date, le nom de l'assuré, et le type de corps médical à avoir effectué l'examen, et le prix*).

Lorsque la feuille de soins n'est pas conforme, suite à l'absence de certaines informations obligatoires, telles que le nom, le prénom de l'assuré, le numéro d'assuré ou le ticket d'accréditation ; la feuille de soins concernée est rejetée et retournée au prestataire, avec le motif du rejet à travers une correspondance.

Le processus de liquidation des feuilles de soins comporte plusieurs activités notamment, les vérifications et la saisie des prescriptions ou actes sur le logiciel *Activ Premium* et *Opsis*.

Les vérifications portent sur :

- **L'ouverture de droit** : La première vérification est de savoir si l'assuré est adhérent ou non adhérent. La seconde vérification porte sur le contrôle des droits: lorsque les droits du bénéficiaire sont fermés sur *Activ Premium*, l'agent liquidateur informe le chef de division qui procède à l'envoi de ces numéros d'assurés à la CANAM, à travers un email pour demander l'ouverture des droits du bénéficiaire, dans les 24 heures.
- **Le remplissage des supports** : L'agent liquidateur vérifie si le support est bien renseigné, lorsque des informations manquent telles que le sexe, la profession, la liquidation se poursuit normalement. La CMSS informe la structure conventionnée que

le support doit être entièrement renseigné pour un traitement diligent des dossiers. Les informations manquantes sont notifiées. Et lorsque le support est correctement renseigné le traitement se poursuit.

- **Les vérifications techniques** : A ce stade, la vérification consiste à s'assurer que les feuilles de soins sont conformes aux textes et aux clauses de la convention sectorielle signée par les structures de soins conventionnées.

Toutes les structures conventionnées portent un numéro d'identification AMO, l'agent vérifie s'il est bien renseigné. Si le numéro d'identification n'est pas renseigné sur les feuilles de soins ou la facture, l'agent procède à la recherche de ces identifiants et les mentionne sur le dossier.

Une ordonnance distincte est nécessaire pour chaque prescription relevant d'un prestataire de soins différent. Les analyses biologiques, examens d'imagerie médicale et toutes autres explorations complémentaires sont présentées sur des feuilles d'examens de l'AMO pour les centres hospitaliers et les centres de santé de références. L'agent vérifie si les examens, les prescriptions médicales et tout autre acte facturé sont sur les supports appropriés. Lorsque le support est bon, l'agent poursuit l'analyse du dossier par la vérification de la conformité des prestations.

- *Pour les hôpitaux, CSCOM et CSRÉF* :

- *Les soins ambulatoires* : L'agent vérifie si la prestation facturée est conforme au panier des soins et au taux de prise en charge de l'AMO. Il vérifie si les médicaments, les examens et tous les actes facturés sont autorisés par la CANAM.

- *Pour les prestations de maternité* : L'agent vérifie si les pièces justificatives de la prise en charge des prestations de maternité sont dans le dossier et dûment renseignées par les praticiens compétents.

- *Pour les hospitalisations* : Concernant les cas d'hospitalisation, la prise en charge doit être conforme aux textes, toutes les pièces justificatives y afférentes doivent être dans le dossier. Ces pièces seront également contrôlées et analysées.

- *Pour les pharmacies* : Après renseignement de toutes les colonnes par rapport aux informations relatives à la feuille (*ID, code convention, code TP ou PS, et date d'arrivée du dossier*), le nom de la structure s'affiche directement. L'agent saisit le nom du

produit, puis procède à la recherche ; et après l'avoir trouvé, le prix correspondant audit produit s'affiche automatiquement. Tous les médicaments figurant sur la liste AMO ont un prix fixé par la CANAM. Si le prix indiqué sur la feuille est supérieur à celui de l'AMO, l'agent le modifie en prenant toujours celui fixé par la CANAM.

- *Pour les laboratoires* : L'agent liquidateur commence toujours par renseigner les colonnes. Celui-ci table et fait des recherches selon les codes utilisés dans *Premium* le type d'examen correspondant à celui mentionné sur la feuille de soins (par exemple : *goutte épaisse*) et le prix AMO s'affiche immédiatement. Les prix AMO peuvent être différents de ceux mentionnés sur la feuille. Dans ce cas, l'agent note ce prix sur la feuille de soins. Tous les examens mentionnés sur la feuille sont vérifiés.

À la fin de la liquidation, les dossiers sont transmis au chef de *bureau du contrôle médical*.

Le contrôle médical :

Au niveau du contrôle médical, les dossiers sont d'abord reçus au secrétariat du contrôle médical, renseigné, enregistré manuellement et électroniquement, puis envoyé dans le bureau du chef de Division Contrôle Médical ; lequel se charge de les répartir entre les médecins contrôleurs. Avec le même logiciel, le médecin contrôleur renseigne toutes les cases et procède au contrôle selon la date de liquidation avec vérification de chaque feuille de soins.

Les feuilles de soins doivent être liquidées pour pouvoir être contrôlées. Le médecin contrôle vérifie la conformité des prescriptions avec le sexe et l'âge du patient, les dosages, les abus et fraudes éventuels. Dans ce cas, la feuille de soins non conformes est rejetée.

A la fin, le chef de division transmet les dossiers au contrôle interne, avec une fiche d'avis médical.

Le contrôle interne :

Au niveau du contrôle interne, le Chef de Division distribue les dossiers au contrôleur. Ce dernier procède à la vérification de la conformité des saisies dans *Opsis* et *Premium* des feuilles de soins et à celle de la facture du prestataire de soins, afin d'apporter les

corrections et les ajustements à notifier aux prestataires. Il établit également une fiche de validation des états de remboursement qui contient les informations suivantes :

- Le nom et l'adresse du prestataire ;
- Le code prestataire et le code tiers payant ;
- La date de la saisie et le code liquidateur ;
- Le montant facturé et le nombre de feuilles de soins facturés ;
- La nature, le montant et le nombre des feuilles de soins rejetées ;
- Les erreurs de facturation ;
- Le nombre et le montant des feuilles de soins liquidées ;
- La date et le nom du signataire.

Cette fiche de validation accompagne le dossier en question et chaque dossier est numéroté successivement. Le dossier est ensuite vérifié et signé par le chef de la direction Liquidation des Prestations AMO. La fiche de validation est faite en quatre (4) exemplaires, à garder dans différents secteurs pour la traçabilité du dossier. Et deux d'entre elles sont versées au « *Lot de transmission des dossiers liquidés et validés AMO* », accompagnant le dossier pour le mandatement.

Le mandatement :

Le mandatement se fait avec *Opsis*, rubriques finances, dont l'accès est limité aux agents du bureau mandat. L'agent mandataire renseigne les cases avec l'avis médical. Chaque structure accompagne ses factures de son numéro de compte bancaire préinscrit dans le logiciel. Ce numéro subit une vérification avant d'être enregistré.

Dans la page validation banque, l'agent vérifie s'il y a conformité et valide. Dans le cas échéant, il le signale à la CANAM ou à la structure concernée. Après approbation, une fiche de Mandat de Paiement Budget CMSS s'affiche. Elle attribue un numéro successif propre à chaque dossier et une AD (*Autorisation de Dépenses*).

En cas d'ordre de recette, l'agent renseigne la case montant à précompte (*régularisation*), et l'ensemble des ordres sont numérotés. Après l'enregistrement du montant de l'écart, le logiciel déduit automatiquement celui-ci du montant facturé sur le dossier. Le montant à précompter et la somme nette à payer s'affichent automatiquement sur la fiche du mandat de paiement Budget CMSS. Les dossiers sont

enfin transmis au directeur de la DLP/AMO qui les vérifie et les signe avant de les transmettre à la comptabilité, accompagnés de deux fiches : l'une pour la comptabilité et l'autre est gardée au niveau mandat.

La comptabilité

L'agent comptable réceptionne les dossiers ; lesquels feront l'objet d'un nouveau contrôle de conformité et de complétude sur l'ensemble des feuilles de soins, la facture, la fiche de validation et le mandat.

Le comptable effectue la prise en charge des mandats qui demandent des écritures comptables, c'est-à-dire la contention des dettes. L'agent comptable introduit les informations qui figurent sur le mandat dans le logiciel *Opsis* qui arrête un Etat. Et cet agent comptable donne un numéro manuel à cet Etat. Pour le remboursement des structures conventionnées, le mode ou le moyen de paiement est un ordre de virement (*OV*) qui est émis et signé par l'agent comptable et déposé à la banque. Un système est mis en place par le comptable ; lequel permet d'informer les prestataires sur le dossier a été remboursé, avec toutes les informations relatives (*le montant facturé, le montant remboursé, les rejets avec motif s'il y en a, les feuilles de soins de l'INPS - problèmes d'OGD*). Ce système envoie par courrier électronique ainsi qu'un courrier physique au prestataire. Et la CANAM a également accès à ces informations, à travers un système mis en place par convention entre la CANAM et les OGD.

A la fin de ce processus, les suspicions de fraudes, de fautes et de pratiques frauduleuses des assurés ainsi que les prestataires de soins conventionnés feront l'objet d'un courrier confidentiel à l'intention de la CANAM, pour des investigations.

NB : Il y a des dossiers sous **mesure exceptionnelle**, qui consiste à rembourser directement le montant facturé aux prestataires avant tout traitement. Ces dossiers sont par la suite soumis au traitement, la somme indûment payée, est déduite de la prochaine facture du prestataires (*émanant de la convention entre la CMSS et les affiliés*).

Tableau 1 : le processus en tableau

Acteurs	Responsabilités
Secrétaire /CMSS	<ul style="list-style-type: none"> • Réceptionner les feuilles de soins et les bordereaux des factures • Vérifier le bordereau et les feuilles de soins • Enregistrer le bordereau • Transmettre le bordereau et les feuilles de soins au directeur liquidation Prestations AMO / DR
DLP AMO/DR CMSS	<ul style="list-style-type: none"> • Enregistrer le bordereau • Transmettre le bordereau et les feuilles de soins au chef de division • Réceptionner le bordereau de paiement • Transmettre le bordereau de paiement signé au mandatement • Réceptionner et transmettre les constats de prescriptions suspectes au DG CMSS
CDLP AMO/CB	<ul style="list-style-type: none"> • Dispatcher le bordereau entre les agents de saisie • Afficher le bordereau à contrôler • Vérifier les codes prestataires et prescripteurs • Vérifier les informations de l'assuré • Vérifier les libellés des actes, médicaments et consommables • Vérifier les quantités • Vérifier le montant des dépenses • Mettre les feuilles de soins conformes à l'état à contrôler • Renseigner la fiche de validation de liquidation • Etablir un bordereau de transmission des feuilles de soins • Transmettre le bordereau des feuilles de soins vérifiées au CDCM
Chargés de programme	<ul style="list-style-type: none"> • Créer les dossiers • Saisir des décomptes feuilles de soins • Procéder au calcul de remboursement • Valider le décompte total • Enregistrer les factures • Enregistrer le bordereau
CDCM/CMSS	<p><u>1-Cas de liquidation des feuilles de soins du secteur privé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réceptionner le bordereau des feuilles de soins de saisie

	<ul style="list-style-type: none"> • Transmettre les feuilles de soins de saisie au Médecin Conseil CMSS • Réceptionner et renseigner la fiche de validation • Rejeter les feuilles de soins non conformes • Constituer le lot de paiement des feuilles de soins conformes • Transmettre le bordereau de paiement au DLP AMO/ DR <p>Transmettre les constats de prescriptions suspectes au DLP AMO/ DR</p> <p><u>2-Cas de liquidation des feuilles de soins du secteur public</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réceptionner le bordereau des feuilles de soins de saisie • Transmettre les feuilles de soins de saisie au Médecin Conseil CMSS • Recevoir, vérifier et consigner ses instructions par rapport à l'acceptation ou le refus du lot restant des FS contenu dans le bordereau • Transmettre la fiche de contrôle de liquidation avec ses instructions au MC ayant réalisé la vérification de l'échantillon (10%) • Renseigner la fiche de validation de la liquidation • Rejeter les feuilles de soins non conformes • Constituer lot de paiement des feuilles de soins conformes • Transmettre le bordereau de paiement au DLP AMO/ DR • Transmettre les constats de prescriptions suspectes au DLP AMO/ DR
MC CMSS	<p><u>1-Cas de liquidation des feuilles de soins du secteur privé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser la vérification médicale exhaustive des FS • Délivrer un avis médical • Transmettre le bordereau et avis médical au CDCM <p><u>2-Cas de liquidation des feuilles de soins du secteur public</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recevoir le bordereau des FS accompagné de la fiche de contrôle liquidation, calculer et tirer un échantillon de 10% des FS • Réaliser la vérification médicale de l'échantillon tiré (10% des FS du bordereau)

	<ul style="list-style-type: none"> • Délivrer un avis médical sur l'échantillon (10%) des FS contrôlées • Consigner les résultats de la vérification sur la fiche de contrôle de liquidation secteur public et soumettre pour validation du CDCM • Recevoir, contrôler et consigner sur la fiche de contrôle liquidation les résultats de la vérification du lot restant des FS (cas d'instruction de rejet du CDCM) • Transmettre bordereau et avis médical au CDCM
DG CMSS	<ul style="list-style-type: none"> • Réceptionner et transmettre constats de prescriptions suspectes au DG CANAM
DG CANAM	<ul style="list-style-type: none"> • Réceptionner et imputer constats de prescriptions suspectes au DOCQS

DG CMSS	Directeur général de la Caisse Malienne de Sécurité Sociale
DLP AMO	Directeur Liquidation Prestations AMO
DR	Directeur Régional
CDLP AMO/CB	Chef de Division Liquidation des Prestations AMO
CB	Chef de Bureau
CDCM CMSS	Chef de division contrôle médical de la CMSS
MC	Médecin conseil

METHODOLOGIE

4 Méthodologie

4.1 Cadre et lieu d'étude

L'étude s'est déroulée dans le district de Bamako à la direction générale de la caisse malienne de sécurité sociale (CMSS)

Le choix de Bamako s'explique par sa plus grande population par rapport aux autres régions du Mali donc sa représentativité. En plus, près de la moitié des officines sont implantées à Bamako(20).

4.1.1 Présentation de la CMSS

La Caisse Malienne de Sécurité Sociale est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et jouissant d'une autonomie financière. Elle est placée sous la tutelle du Ministère de la santé et du développement Social. Elle participe à l'exécution de la politique de sécurité sociale du gouvernement. A cet effet, elle sert des prestations de vieillesse, des prestations familiales et d'invalidité. La CMSS, établissement public à caractère administratif et missions.

La Caisse Malienne de Sécurité Sociale est un établissement public national à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Elle participe à l'exécution de la politique nationale de protection sociale du gouvernement.

- Création de la CMSS :

La Caisse Malienne de Sécurité Sociale, ex Caisse de Retraite du Mali a été créée par la Loi N° 6170/AN-RM du 18 Mai 1961, modifiée par l'ordonnance N°79-7/CMLN du 18 janvier 1979. C'est en 1993 que la loi N° 93-013/AN - RM du 11 février 1993, érige la Caisse des Retraites du Mali en établissement public national à caractère administratif. En 2010, elle change de dénomination suite à la création de la Loi N°10-029 du 29 juillet 2010 pour devenir Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS).

- Les objectifs de la CMSS :

De sa création à nos jours, la CMSS s'est donnée pour l'objectif de « *Servir et accompagner* » ses affiliés, pensionnés et assurés de l'AMO. La caisse a ainsi opéré des réformes majeures usagers en général et particulièrement dans le cadre de l'AMO, en prélude à la mise en œuvre du Régime d'Assistance Médicale Universelle (*RAMU*).

Ainsi dans le but d'atteindre ces objectifs, la Caisse Malienne de Sécurité Sociale s'est inscrite dans un processus d'amélioration constante de la qualité de ses prestations par des innovations qui concernent les différents régimes à sa charge, telle que l'Assurance Maladie Obligatoire (*AMO*) dont elle est un organisme gestionnaire délégué (*OGD*).

- **Les missions de la CMSS :**

Au regard de la Loi n°10-029/ du 29 juillet 2010, la Caisse Malienne de Sécurité Sociale a pour mission la gestion des régimes de pensions des fonctionnaires, des militaires, des députés et de tout autre régime ou branche que l'Etat lui confie. A ce titre elle est chargée :

- D'encaisser les cotisations des différents régimes ;
- De concéder les droits des bénéficiaires des différents régimes ;
- De servir les prestations aux bénéficiaires de tout autre régime ou branche gérée par la Caisse Malienne de Sécurité Sociale ;
- De régulariser les droits à pension des différents bénéficiaires.

Aussi, la loi n°09-015 du 26 juin 2009, instituant le régime d'Assurance Maladie Obligatoire (*AMO*), a consacré la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (*CMSS*) comme l'un des organismes gestionnaires délégués de cette branche. Cette délégation de gestion est encadrée par le décret n°10-579 du 26 octobre 2010, portant approbation de la convention type de délégation dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, déclinée en Contrat d'Objectifs et de Moyens (*COM*) entre la CMSS et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (*CANAM*).

- **L'affiliation à la CMSS :**

L'affiliation est automatique, car il suffit d'être fonctionnaire de l'Etat ou des collectivités, militaires, parlementaire ou pensionné d'une de ces catégories d'assujetti. L'obligation de cotiser est la résultante directe de cette affiliation. L'affiliation prend effet à compter du 1^{er} jour du trimestre civil en cours, à la date de réception de la demande.

La pré immatriculation : c'est l'ensemble des opérations mises en œuvre pour recueillir et contrôler les informations relatives aux assurés en vue de leur

immatriculation et de celle de leurs ayants droit. Elle est subordonnée au dépôt à la CMSS, d'une demande expresse de l'assuré ou de son employeur.

4.2 Type et durée d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale a deux volets

- L'analyse des factures de prestation AMO des officines de pharmacie privée enregistrées à la CMSS du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2023.
- Des entretiens individuels avec des représentants des organisations de pharmaciens, de la CMSS et de la CANAM

4.3 Population d'étude

Le premier volet de l'étude a concerné toutes les factures de prestations AMO des officines de pharmacies conventionnées réceptionnées à la direction générale de la CMSS pour remboursement au cours de la période d'étude.

L'interview a concerné un représentant par organisation de pharmaciens à savoir, le SYNAPPO, le SYNAPHARM, CNOP et un représentant de la CMSS et de la CANAM.

4.4 Collecte, saisie et analyse des données :

Les données ont été enregistrées sur des fiches d'enquête pré établies et numérotées. Les questionnaires ont été administrés à certaines personnes ressources de la CMSS, le CNOP, le SYNAPHARM et le SYNAPPO.

Le logiciel SPSS 20 a été utilisé pour la saisie et l'analyse des données.

4.5 Les variables

Les factures de prestations AMO déposer pour remboursements ;

Les feuilles de soins de prestations AMO déposer pour remboursements ;

Les volumes des montants remboursés ;

Les rejets des feuilles de soins ;

Les fraudes et abus observés sur les feuilles de soins ;

Les avis des personnes ressources CANAM, CMSS, SYNAPHARM, CNOP, SYNAPPO.

4.6 Aspects déontologiques et éthiques

L'étude a été autorisée par les autorité administratives de la CMSS.

L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies sur des organismes de gestion de l'AMO et des prestataires ont été préservés.

4.7 Déroulement de l'étude :

L'étude des factures de prestation a consisté en l'analyse des factures d'ordonnance recensées au cours de la période d'étude. Les volumes de factures, les délais de remboursement, les nombres d'ordonnances rejetées ainsi que les motifs de rejet ont été relevés.

L'interview des représentants des organisations professionnelles a consisté à des séances de question-réponse et à l'enregistrement puis à la transcription des réponses données.

RESULTATS

5 RESULTATS

5.1 Concernant les factures de prestation AMO remboursées sur la période d'étude

Tableau 2 : Volume des remboursements par type d'établissements sanitaires subventionnés sur la période de l'étude :

<i>Type de prestataire</i>	<i>Montant remboursé</i>	<i>Pourcentage</i>
Hôpital	495 260 340	4,43%
Csref	32 229 853	0,29%
Cscom	95 352 917	0,85%
Clinique	333 751 074	2,99%
Imagerie	28 016 800	0,25%
Pharmacie privée	9 130 160 728	81,72%
Laboratoire privé	839 288 979	7,51%
Cabinet	207 138 139	1,85%
INPS	10 872 298	0,09%
Total	11 172 071 128	100,00%

Le remboursement des factures des officines de pharmacie représente la plus forte proportion du volume des remboursements avec **81,72%**.

Tableau 3 : Proportion de pharmacies conventionnées remboursées au cours de la période d'étude :

<i>Pharmacie conventionnées</i>	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage</i>
Pharmacies remboursées	442	66,36%
Pharmacies non remboursées	224	36,63%
Total	666	100,00%

Sur un total de 666 pharmacies conventionnées, 442 ont reçu au moins un remboursement au cours de la période d'étude soit 66,36% des pharmacie conventionnées.

Tableau 4 : Taux de remboursement et de rejet des montant de facture AMO des officines de pharmacie au cours de la période d'étude

<i>Statut de remboursement</i>	<i>Montant remboursé aux prestataires (FCFA)</i>	<i>Pourcentage</i>
Remboursé	9 130 160 728	98,55%
Rejeté	134 037 707	1,45%
Total	9 264 198 435	100%

Au cours de la période d'étude, nous avons recensé un rejet total d'un montant de **134 037 707 FCFA** soit 1,45% du montant total des factures soumises pour remboursement

Tableau 5 : répartition des feuilles de soin rejetées en fonction des motifs de rejet

<i>Motif</i>	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage</i>
Rejets contrôle médical	708	10,08%
FS/INPS	3762	53,57%
Autres rejets (Droit fermé)	2552	36,34%
Total	7022	100,00%

Au total, 7022 feuilles de soin ont été rejetées au cours de la période d'étude dont plus de moitié était des feuilles de soins INPS soit 53,57%. Le droit fermé constituait le second plus fréquent motif de rejet des feuilles de soin avec 36,34%

Tableau 6 : répartition des montants de feuilles de soins rejetées selon les motifs de rejet

<i>Motif</i>	<i>Montant (FCFA)</i>	<i>Pourcentage</i>
Rejets contrôle médical	10 830 246	8,08%
FS/INPS	50 210 525	37,46%
Autres rejets (Droit fermé)	21 633 686	16,14%
Erreur de facturation	51 349 845	38,31%
Total	134 037 707	100,00%

L'erreur de facturation et les feuilles de soins INPS représentaient les proportions les plus importantes des montants rejetés soit respectivement 38,31%, et 37,46%.

Tableau 7 Nombre de factures de prestation AMO des officines de pharmacie privée déposées

	<i>Nombre de factures déposées</i>	<i>Moyenne mensuelle</i>	<i>Moyenne journalière</i>
Factures de prestations AMO	2808	468	16
Feuilles de soins déposées pour remboursement	639 106	106 518	3551
Feuilles de soins remboursées	632 084	105 347	3492
Feuilles de soins rejetées	7022	1 170	39

Au cours de la période de l'étude, au total **2808 factures** d'AMO provenant des officines de pharmacie composées de **639 106 feuilles de soin** ont été traitées par la CMSS soit un nombre moyen de **106 518 feuilles de soin** traitées par mois et **105 347 feuilles de soin** remboursées par mois.

Nous avons enregistré **7022 rejets de feuilles de soin** au cours de la même période.

Tableau 8 Répartition des feuilles de soin rejetées au niveau du contrôle médical selon le motif de rejets

<i>Motif</i>	<i>Nombre (FS)</i>	<i>Pourcentage</i>
Absence de cachet pharmacie	339	47,88%
Absence de cachet prescripteur	285	40,25%
Absence de cachet sec	6	0,84%
Abus de consommation	7	0,98%
Rajout	10	1,41%
Absence de code établissement	10	1,41%
Absence de code prescripteur	21	2,96%
Absence de demande AP	26	3,67%
Absence de ticket d'accréditation	3	0,42%
Incompatibilité avec sexe	1	0,14%
Total	708	100,00%

L'absence de cachet pharmacie a été le motif de rejet au contrôle médical le plus relevé avec 47,88%.

Tableau 9 : Difficultés recensées au niveau des différentes étapes de la procédure de remboursements

Etapes	Difficultés recensées	Délai normal
Secrétariat	<ul style="list-style-type: none"> - Problème de réseau internet ; - Discordance entre le nombre de feuilles de soin physique et le nombre de feuilles de soin mentionnées sur le bordereau, - Facture non-ordonnée. 	48 heures
Division liquidation	<ul style="list-style-type: none"> - Problème de réseau internet ; - Non-respect des tarifs conventionnel ; - Lisibilité des prescriptions ; - Produit hors liste ; - Charge du travail. 	48 heures
Division contrôle médical	<ul style="list-style-type: none"> - Problème de réseau internet ; - Contrôle exhaustif des FS - Produits hors liste AMO 	72 heures
Mandatement	<ul style="list-style-type: none"> - Problème de réseau internet ; - Compte bancaire non-adapté. 	24 heures
Comptabilité	<ul style="list-style-type: none"> - Problème de réseau ; - Problème d'archivage. 	120 heures

Nous avons constaté de façon récurrente un problème de réseau internet a tous les niveaux de la procédure de remboursement.

5.2 Les entretiens avec les acteurs majeurs

Tableau 10 : Réponses aux questions posées au cours des entretiens

Questions	Réponses	
	CMSS / CANAM	CNOP / Syndicats
Difficultés liées au remboursement	<ul style="list-style-type: none"> -Mauvaises prescriptions (écrire/dosage) ; -Non-respect des tarifs conventionnel ; -Compte non adapté ; -Problème de réseau ; Charge du travail ; 	<ul style="list-style-type: none"> -Le non-respect du délai conventionnel de remboursement ; -Ticket d'accréditation non-conforme à l'OGD ; - rejets justifiés et non justifiés ; -Mauvais états des FS retournées aux prestataires ;
Impression sur le délai de remboursement	-Le délai de 15 jours n'est pas tenable, il est à revoir.	-Le délai conventionnel n'est pas respecté ;
Principales causes du retard dans le remboursement	<ul style="list-style-type: none"> -La charge du travail ; -Le circuit de traitement -Le problème de réseau 	<ul style="list-style-type: none"> Le manque d'argent ; Personnel de traitement des FS non qualifié en santé ;
Impact du retard dans le remboursement	<ul style="list-style-type: none"> La frustration des prestataires ; L'entrave de la qualité du service ; La suspension des prestations 	<ul style="list-style-type: none"> La tension de trésorerie ; Rupture de stock ; Pertes des avantages commerciaux ; Perte de clientèle ; Faillite de l'entreprise.
Propositions et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> Optimiser le délai de remboursement ; Former les prescripteurs ; 	<ul style="list-style-type: none"> Respecter le délai conventionnel de remboursement ;

	Rendre le logiciel plus performant ; Dématérialiser totalement la procédure de remboursement	Recruter les personnels de santé à tous les niveaux du traitement ; Dématérialiser totalement le système.
--	---	--

Les entretiens avec les acteurs majeurs a permis d'avoir des réponses qui corroborent les observations faites au niveau des services de la CMSS.

**DISCUSSIONS
ET
COMMENTAIRES**

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1 Concernant les remboursements des prestations AMO

Dans le cadre de l'amélioration continue de la procédure de remboursement, la CANAM a élaboré un Système de management de qualité (SMQ) en 2022. Ce système a été mis en place à la CMSS en septembre 2022 pour améliorer les activités de réception, de liquidation, de contrôle médical et de paiement des factures de prestations de AMO. La présente étude s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de ce service au niveau de la CMSS.

Notre étude a recensé quelques difficultés majeures sur la procédure notamment le problème de réseau internet, la charge de travail et le problème de lisibilité des prestations parfois de langage non conventionnel.

Le remboursement des prestataires pharmacies privées conventionnés représente un volume très important des activités de remboursement de prestation au niveau de la CMSS soit **81,72%** et seulement **18,28%** pour le reste des prestataires conventionnés sur notre période d'étude. Au cours de la période d'étude jusqu'à **442 pharmacies** soit **66,38%** des pharmacies conventionnées, ont été concernées par les remboursements, avec **2 808 factures déposées**, pour **639 106 feuilles de soins**.

Plusieurs difficultés ont été recensées dans le processus de traitement au cours de ce travail parmi lesquels le problème de réseau internet et la charge de travail. Le non-respect du délai de paiement conventionnel et les rejets demeurent les plus importantes difficultés pour les pharmaciens avec des conséquences néfastes pour leur gestion. La majorité des officines avaient affirmé que le remboursement des factures AMO ne se fait pas à temps avec un taux de **88,1%** selon l'étude réalisée par S.DIARRA au Mali en 2021 (21). A.KEITA au Mali en 2019 avait rapporté un taux d'insatisfaction de 50% (8).

En effet, l'article 40 de la convention sectorielle entre la CANAM et les officines de pharmacie privée stipule que la Caisse procède au paiement intégral du pharmacien dans **un délai maximum de 15 jours** à compter de la date de réception du décompte et ce par virement bancaire / chèque au compte indiqué dans le dossier d'adhésion. La Caisse adresse simultanément au pharmacien une lettre d'information précisant notamment le

montant, la date et la référence du virement effectué ainsi qu'une note explicative des prestations payées.

En cas d'empêchement pour la Caisse de respecter le délai conventionnel de **15 jours**, cette dernière, en établissant un dialogue avec le pharmacien sur les causes de l'empêchement et les perspectives de rétablissement, procède au paiement du montant du décompte objet du retard, dans les **15 jours** ouvrables(19).

Même si la procédure SMQ a nettement amélioré le processus de traitement des dossiers, notre étude révèle à tous les niveaux de traitement des dossiers de remboursement un problème de réseau internet récurrent surtout au niveau de la phase administrative et de la phase comptabilité. Le délai normal de traitement aux deux phases est inclus dans **les 15 jours** ouvrables mais face aux différentes difficultés notamment la charge de travail et le réseau internet, le délai conventionnel est difficilement soutenable.

6.2 Les causes de rejets

Au cours de notre étude, nous avons recensé 7 022 rejets de feuilles de soins dont **3 762 rejets INPS** soit **53,57%**. Les feuilles de soin INPS rejetées sont retournés aux prestataires pharmaciens pour être remboursées par l'INPS.

L'erreur de facturation représentait la majeure partie du montant déduit des factures **51 349 845 FCFA** soit **38,31%**, cela pourrait être dû au renouvellement de la liste des médicaments et dispositifs médicaux admis à la prise en charge de l'AMO dans le secteur pharmaceutique privé(22). Au total **2 740 prescriptions hors liste conventionnelle** ont été constatés sur les feuilles de soins traitées au cour de notre période d'étude, ce nombre pourrait s'expliquer par le fait que 68,9% des prescripteurs affirmaient ne pas consulter la liste des médicaments autorisés par l'AMO avant de prescrire dans l'étude de A. DIAH au Mali en 2018(23).

Cette situation est très préjudiciable pour les prestataires car constitue des pertes réelles. Une large diffusion des changements de liste des produits AMO et des prix doivent être menée pour réduire cette perte.

Le motif de rejet le plus fréquent au contrôle médical était **l'absence du cachet de pharmacie** avec **47,88%** ce qui est inférieur à celui de l'étude de A.KEITA au Mali en 2019, dont l'**absence de cachet de validation** des feuilles de soins avec **53%**(8).

Les acteurs majeurs ont répondu avec beaucoup d'intérêts à nos questions. Ils sont unanimes quant aux difficultés liées au respect du délai de remboursement avec des conséquences néfastes les pharmacies. Les syndicats appellent au respect du délai de remboursement pour une bonne gestion des entreprises officinales et un meilleur service AMO aux assurés.

La dématérialisation totale du système AMO notamment l'ordonnance électronique apparaît la panacée à tous les maux de la procédure.

6.3 Limites de l'étude

Les limites de l'étude sont :

Le choix unique de la direction générale de la CMSS, d'autres études peuvent être réalisées sur les directions régionales ainsi que sur l'INPS.

L'intérêt porte uniquement à la structure pharmacie privée conventionnée sur le reste des structures conventionnelles.

Les logiciels de traitement (OP SIS et ACTIV PREMIUM) n'ont été évalués lors de notre étude.

Les ressources humaines n'ont pas été incluses de notre étude.

CONCLUSION

7 CONCLUSION

Les difficultés majeures sur la procédure de remboursement identifiées au cours de notre étude sont le problème de réseau d'internet, la charge de travail et le problème de lisibilité des prestations parfois de langage non conventionnel.

Le non-respect du délai conventionnel de remboursement et les rejets constituent les principaux problèmes pour les pharmaciens, dans le remboursement des prestations AMO.

Face aux difficultés et aux problèmes recensés, la dématérialisation totale du système AMO a été citée à l'unanimité comme la seule véritable solution.

RECOMMENDATIONS

8 RECOMMANDATIONS

A la CANAM et OGD

Améliorer la qualité du réseau ;

Établir un guide de bonne dispensation des prestations AMO ;

Former et sensibiliser les prescripteurs sur la qualité des prescriptions AMO (Lisibilité et le dosage) ;

Mettre à jour les informations des assurés sur site internet consultée par les prestataires ;

Optimiser le logiciel de traitement vers l'ordonnance électronique ;

Mettre en place un centre d'appel pour les prestations afin de leur permettre de bien suivre leurs factures déposées ;

Recruter d'avantage les pharmaciens dans la procédure ;

Respecter la convention sectorielle entre la CANAM et les pharmacies ;

Accélérer la dématérialisation de la procédure de remboursement des prestations AMO.

Aux pharmaciens

S'appliquer lors de la dispensation des ordonnances AMO pour éviter les rejets ;

Faire un traitement interne des feuilles de soins avant le dépôt pour remboursement ;

Vérifier toujours la présence et le prix d'un produit ou acte sur la liste conventionnelle avant de dispenser.

REFERENCES

9 REFERENCE

1. M. Humblet et R. Silva,. Des normes pour le XXIème siècle: sécurité sociale (Genève, BIT, 2002). 7 mai 2023; Disponible sur: <https://www.ilo.org>
2. sécurité sociale : les branches [Internet]. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr>
3. sécurité sociale : connaitre vos droit. ARS Nouv-Aquitaine [Internet]. 13 mai 2023 [cité 7 juin 2023]; Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/securite-sociale-connaitre-vos-droits>
4. Valery Ridde. Les défis de la couverture sanitaire universelle en Afrique : un ouvrage de synthèse en français. 14 oct 2021 [cité 7 juin 2023]; Disponible sur: [https://theconversation.com/les-defis-de-la-couverture-sanitaire-universelle-en-afrique-un-ouvrage-de-synthese-en-francais-169422#:~:text=L%27accès%20aux%20soins%20de%20santé%20est%20au%20cœur%20de,de%20développement%20durable%20\(ODD\).](https://theconversation.com/les-defis-de-la-couverture-sanitaire-universelle-en-afrique-un-ouvrage-de-synthese-en-francais-169422#:~:text=L%27accès%20aux%20soins%20de%20santé%20est%20au%20cœur%20de,de%20développement%20durable%20(ODD).)
5. la loi N°09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire.
6. Presentation de la CANAM [Internet]. [cité 6 mai 2023]. Disponible sur: <http://canammali.ml/>
7. Groupe APPM. Conventionnement des prestataires de santé [Internet]. [cité 7 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.groupeappm.com/amo-a-z/conventionnement-des-prestataires-de-sante/193>
8. KEITA A. Evaluation de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire dans les officines de la commune v du district de Bamako en 2019. 2019.
9. Studio Tamanni. Suspension de l'AMO : pharmaciens et responsables de la santé se rejettent la responsabilité. 6 déc 2019; Disponible sur: <https://www.studiotamani.org>
10. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique. Version validée plan décennal de développement sanitaire et social (2014-2023). Mali ; p. N° 2-15 p45. Rapport No: 1.
11. OMS. Assurance maladie [Consulté le 15 Juin 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/universal_health_coverage/fr/.
12. Ministère du développement social de la solidarité et des personnes âgées, (2014) ; Lois et Décret régissant le régime d'Assurance Maladie Obligatoire, en république du Mali ; p2-13.
13. le décret N°09-552/P-RM du 12 octobre 2009 fixe les modalités d'application de la loi instituant l'AMO.

14. la loi N°09-016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ;
15. le décret 09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la CANAM ;
16. le décret N°10-578/P-RM du 26 octobre 2010 fixant le taux de cotisations du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire.
17. Le décret N°10-398/P-RM du 26 juillet 2010 portant nomination du conseil d'administration de la CANAM.
18. CANAM. Situation globale des assurés immatriculés. 2022.
19. CANAM, SYNAPPO, CNOP. Convention sectorielle entre la caisse nationale d'assurance maladie et les officines de pharmacie. 2011.
20. DPM : Liste des officines de Pharmacie en République du Mali, version de décembre 2017.
21. DIARRA S. Etude descriptive de l'assurance maladie obligatoire sur la prescription et la dispensation des médicaments dans les structures conventionnées a l'AMO de la commune VI du district de BAMAKO. USTTB/ FAPH; 03/062021.
22. ARRETE NUMERO 4622MSDS-SG DU 08 NOVEMBRE 2021.
23. DIAH A. Rôle et Responsabilité du Pharmacien dans la mise en œuvre de la Politique de l'Assurance Maladie Obligatoire au Mali. 2018;

ANNEXES

10 Annexes

FICHE DE COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données dans le cadre de l'étude sur la procédure de remboursement de factures de prestations AMO à la direction générale de la Caisse Malienne de sécurité sociale du 01 Janvier au 30 Juin.

Date :

A. Organisme Gestionnaire Délégés : CMSS / ... / INPS /.../

1. Etats de tous les types de prestations remboursées

Type de prestataire	Montant
Hôpital	
CSREF	
CSCOM	
CLINIQUE	
IMAGERIE	
PHARMACIE	
LABORATOIRE	
CABINET	

2. Nombre de factures de prestations AMO (officines de pharmacie) réceptionnées pour remboursements :

Nombre de factures de prestations AMO (officines de pharmacie) réceptionnées pour remboursements :	
Nombre de FS	
Montant des factures des prestations avant traitement	
Montant corrigé des factures des prestataires après traitement	

Nombre de pharmacie concernés	
-------------------------------	--

3. Les rejets/erreur de facturation

Motif	Nombre de FS	Montant
Rejet INPS		
Autre rejet		
Erreur de facturation		
Contrôle médical		

4. Rejets / Contrôle médical

Motif	Nombre de FS	Montant

B. Concernant les étapes de la procédure de remboursements

Au secrétariat / CMSS :

Difficultés recensées	Délai normal

A la division liquidation / CMSS :

Difficultés recensées	Délai normal

A la division contrôle médicale / CMSS :

Difficultés recensées	Délai normal

Au Mandatement / CMSS :

Difficultés recensées	Délai normal

A la comptabilité / CMSS :

Difficultés recensées	Délai normal

**C. Questionnaire pour les entretiens : CMSS SYNAPHARM CNOP
SYNAPPO CANAM**

Q1 : quel est votre impression sur le délai de remboursement des factures de prestations AMO ?

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

Q2 : quelles sont les principales causes du retard dans le remboursement des factures de prestations AMO ?

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

Q3 : quel est l'impact du retard dans le remboursement des factures de prestation AMO ?

.....
.....

.....
.....

Q4 : quelles sont les difficultés liées aux remboursements des factures ?

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

Q5 : quelles sont vos propositions d'amélioration ?

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

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : MALLE

Prénom : Hamza

Adresse Email : hamzamalle77@gmail.com

Année universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Titre de la thèse : Problématique de remboursement des factures de prestations AMO des officines de pharmacie privée à la direction générale de la CMSS.

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

RESUME :

L'objectif de ce travail de thèse était d'évaluer la procédure de remboursements des prestations AMO des pharmacies privées à la direction générale de la CMSS.

Il s'agissait d'une étude transversale à deux volets : l'analyse des factures de prestation AMO des officines de pharmacie privée enregistrées à la CMSS du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2023 et des entretiens individuels avec des représentants des organisations de pharmaciens, de la CMSS et de la CANAM.

Au cours de la période d'étude jusqu'à 442 pharmacies soit 66,38% des pharmacies conventionnées, ont été concernées par les remboursements, avec 2 808 factures déposées, pour 639 106 feuilles de soins.

Le remboursement des prestataires pharmacies privées conventionnés représente un volume très important des activités de remboursement de prestation au niveau de la CMSS soit **81,72%** et seulement **18,28%** pour le reste des prestataires conventionnés sur notre période d'étude.

Plusieurs difficultés ont été recensées dans le processus de traitement au cours de ce travail parmi lesquels le problème de réseau internet et la charge de travail. Le non-respect du délai de paiement conventionnel et les rejets demeurent les plus importantes difficultés pour les pharmaciens avec des conséquences néfastes pour leur gestion. La majorité des officines avaient affirmé que le remboursement des factures AMO ne se fait pas à temps avec un taux de **88,1%** selon l'étude réalisée par S. DIARRA au Mali en 2021.

Au cours de notre étude, nous avons recensé 7 022 rejets de feuilles de soins dont 3 762 rejets INPS soit 53,57%. L'erreur de facturation représentait la majeure partie du montant déduit des factures **51 349 845 FCFA** soit **38,31%**, cela pourrait être dû au renouvellement de la liste des médicaments et dispositifs médicaux admis à la prise en charge de l'AMO dans le secteur pharmaceutique privé.

Face aux difficultés et aux problèmes recensés, la dématérialisation totale du système AMO a été citée à l'unanimité comme la seule véritable solution.

Mots clés : Pharmacie - Remboursement - Prestation - AMO - Mali

IDENTIFICATION SHEET

Name : MALLE

First name: Hamza

Email address: hamzamalle77@gmail.com

Academic Year: 2022-2023

Town of graduation : Bamako

Country : Mali

Title of thesis: Problem of reimbursement of AMO service invoices from private pharmacies in the general management of the CMSS.

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:

The objective of this thesis work was to evaluate the procedure for reimbursement of AMO services from private pharmacies to the general management of the CMSS.

This was a two-part cross-sectional study: the analysis of AMO service invoices from private pharmacy pharmacies registered with the CMSS from January 1 to June 30, 2023 and individual interviews with representatives of pharmacist organizations, the CMSS and CANAM.

During the study period, up to 442 pharmacies, or 66.38% of approved pharmacies, were affected by reimbursements, with 2,808 invoices submitted, for 639,106 care sheets.

Reimbursement of approved private pharmacy providers represents a very significant volume of service reimbursement activities at the CMSS level, i.e. 81.72% and only 18.28% for the rest of approved providers over our study period.

Several difficulties were identified in the processing process during this work, including the internet network problem and the workload. Non-compliance with the conventional payment deadline and rejections remain the biggest difficulties for pharmacists with harmful consequences for their management. The majority of pharmacies had affirmed that the reimbursement of AMO invoices is not done on time with a rate of 88.1% according to the study carried out by S. DIARRA in Mali in 2021.

During our study, we identified 7,022 rejections of care sheets including 3,762 INPS rejections, or 53.57%. The invoicing error represented the majority of the amount deducted from the invoices 51,349,845 FCFA or 38.31%, this could be due to the renewal of the list of drugs and medical devices admitted to the coverage of the AMO in the private pharmaceutical sector.

Faced with the difficulties and problems identified, the total dematerialization of the AMO system was unanimously cited as the only real solution.

Keywords: Pharmacy - Reimbursement - Service - AMO - Mali

SERMENT DE GALIEN

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

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ;

En aucun cas, je ne consentirais à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !