



U.S.T.T-B

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Pharmacie

Année Universitaire 2015/2016

N°.....

ANALYSE DE LA DISPENSATION DES MÉDICAMENTS DANS LE CADRE DE
L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (A.M.O) DANS LES OFFICINES
PRIVÉES DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO

Thèse présentée et soutenue publiquement le 23/03/16

devant le jury de la Faculté de Pharmacie

par

M Mohamed Kassim NIARE

Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie

(Diplôme d'Etat)

Jury :

***PRÉSIDENT :* Pr Elimane MARIKO**

***MEMBRE :* Pr Saïbou MAÏGA**

***MEMBRE :* Pr Yaya COULIBALY**

***DIRECTEUR :* Pr Mamadou KONE**

AU NOM D'ALLAH, LE MISERICORDIEUX.

« Gloire à Toi ! C'est toi l'Omniscient, le sage ».

Que Dieu soit loué ici pour m'avoir donné la durée de vie le courage et la mentalité nécessaire à la réalisation de ce travail.

J'implore ton pardon pour toutes mes fautes commises et formuler ici les vœux que tu me donnes longue vie et guides mes pas dans l'avenir.

Prière et Bénédiction d'Allah sur le Prophète Mohamed « Paix et salut sur lui ! ».

Le sceau des prophètes ainsi que ses compagnons.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail

- **A mon Père, Kassim Niaré.**

Cher père une chose est de mettre un enfant au monde, l'éduquer en est une autre. Les mots me manquent pour exprimer ma gratitude et ma reconnaissance pour tout ce que tu fis pour nous. Ce travail est le fruit de tes sages conseils et le témoignage de notre profonde gratitude. Que Dieu te donne longue vie pour que tu puisses goûter au fruit de l'arbre que tu as planté et su entretenir. Vous avez conduit nos premiers pas à l'école ; vous avez toujours été soucieux de l'avenir de la famille ; votre soutien moral et matériel ne nous a jamais fait défaut.

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

- **A ma Mère, Ramata Mariko.**

Ce travail est le tien, tu es une femme brave, généreuse, modeste, mais surtout laborieuse. Toi qui ne t'es jamais fatiguée d'apprendre à tes enfants le courage, la tolérance et la patience. Mère les mots nous manquent pour exprimer nos sentiments. Trouve dans ce modeste travail la consécration de tes efforts et le symbole de notre profond attachement. Puisses ce travail être le

début du couronnement de tant d'année d'angoisse, de patience et de sacrifice. Que Dieu t'accorde santé et longue vie Amen !

- **A ma Sœur, Oumou NIARE « Baoumou ».**

Chère sœur les mots m'ont toujours manqués pour te signifier mes sentiments ; même si je les trouvent, ils ne suffiront jamais pour te dire combien je suis fier de toi et combien tu as souffert pour mes sœurs et moi même. Tu resteras pour nous une sœur exemplaire, très courageuse et très sociable. Tu as donnée le meilleur de toi même pour la réussite de toute la famille.

Ce travail est le fruit de tant d'année de dur labeur ; puisse-t-il, non seulement t'apporter réconfort et fierté mais aussi le témoin de mon profond amour. Je prie ardemment le tout puissant pour qu'il te garde longtemps que possible au près de nous.

Je t'aime **Baoumou**.

- **A la famille NIARE à Sébénikoro, Alou Bafanta, Mariam, Nassoun.**

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

Merci à tous de m'avoir aidé; que Dieu préserve l'unité et la force de notre famille. Retrouver ici l'expression de mes sentiments distincts. Merci pour tout, je vous en serai toujours reconnaissant. Restons unis pour porter haut le flambeau de la famille.

- **A la grande Famille NIARE à Bamako-Coura.**

Merci pour tous.

- **A la Famille COULIBALY, DIARRA, DOLO, GUINDO, KEITA, MAGASSA MARIKO, N'DAOU, N'DIAYE, THIAM, TOURE , TRAORE .**

Merci pour tous.

- **À la mémoire de mes grands parents.**

Toujours présents dans mon cœur, j'aurais tant aimé vous avoir à mes côtés aujourd'hui. Que le bon Dieu vous ouvre la porte du paradis.

- **A tous mes parents.**

Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans vos conseils, vos sacrifices, vos prières, vos encouragements et vos bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé.

- **A mes cousins et cousines.**

Trouvez ici l'expression de mon amour profond et éternel.

Que nos liens se consolident davantage et demeurent pour toujours. Que l'éternel guide nos pas et soit la lumière de nos vies. Que je n'échangerais pour rien au monde. Nous avons toujours cheminé ensemble dans la joie et dans la tristesse.

- **A tous mes amis (es).**

Dr Sékou Cissé ; Dr Sékou Fanta Mady Keita ; Dr Ouattara Zié Almamy Keita ; Ténébaga Coulibaly ; Mouaze Maiga ; Mamoutou Cissé ; Sidy Djiré ; Seydou Sangaré, Coumba Koné « **Ma fille** » ; Bintou Koné.

La couleur et la nationalité ne nuisent pas les relations nobles.

L'amitié est au dessus des diversités culturelles.

A travers ces lignes, recevez le témoignage de mon affection.

- **A tous mes camarades de promotion.**

Docteurs: Dramé Sékou, Damoussou Koné, Traoré Sarmoye, Traoré Ousmane O.M; Amadou Djiguiba; Coulibaly Bernadette ; Coulibaly Théodorine.....

Rien ne vaut l'esprit d'équipe. Nous avons passé des moments pénibles, j'espère que nous goûterons ensemble au fruit de ce travail. Je vous souhaite une très bonne carrière professionnelle.

- **A mes oncles,** Bakary Mariko, Djibril Mariko, Moussa Mariko, Mohamed Massiré Mariko, Souleymane Mariko, Alou Mariko , Gaoussou Mariko Dr Moulaye Mariko, Sidiki Fofana. Merci pour vos conseils et encouragements.

- **A ma fille chérie, Oumou Niaré « Dilly ».**

A toi la grâce que m'a faite l'éternel. Mon petit bout de chou, ton arrivée au monde a été pour moi un facteur de motivation supplémentaire car j'ai été condamné à être responsable et à montrer de bon exemple. Trouve à travers ce travail le témoignage de ma plus grande affection envers toi.

- **A ma fiancée, Sanaba Traoré.**

Ce travail porte ta marque. Tu as toujours été là au moment où il fallait et surtout tu as fait preuve d'un amour indéfectible.

Je souhaite qu'il en soit ainsi et que dans un futur proche qu'on soit tous les trois réunis.

Sache qu'avec toi j'ai passé les plus beaux moments de ma vie.

Dédicaces

J'adresse mes sincères remerciements :

- **Au corps professoral et à tout le personnel de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (F.M.P.O.S) ;**

Pour votre enseignement et éducation scientifique. En plus du savoir, vous nous avez appris le savoir-faire et le savoir être. Nous sommes très fiers d'avoir été l'un de vos élèves. Trouvez ici l'expression de toute notre gratitude.

- **A l'Etat malien.**

Ma très chère patrie, je viens en reconnaissance de tout ton combat pour la réussite de tes fils. Rare de pays aujourd'hui dans le monde où la scolarisation entière est gratuite pour tous ses fils. Si je devais payer de ma propre poche toutes ces connaissances acquises, je ne les aurai jamais connus. Je t'en remercie infiniment.

- **Au Docteur, Dembélé Fanta Niaré.**

C'est le moment de vous dire merci infiniment; vos conseils, vos qualités humaines, vos connaissances scientifiques, votre disponibilité, et votre amour pour le travail bien accompli, font de vous un exemple. Trouvez ici l'expression de nos remerciements les plus sincères.

- **Au Docteur, Soumaila Coumaré.**

Vous connaître a été un tournant dans ma vie. Votre rigueur, votre persévérance et votre compétence sortent du commun.

J'ai admiré en vous la simplicité, la disponibilité partout et la cordialité ; les mots me manquent pour que je puisse te magnifier toute ma reconnaissance. Ce travail, vous le savez Docteur, est le résultat de votre assistance. Je te souhaite longue vie, qu'ALLAH le tout miséricordieux te réserve le paradis. Amen !

- **Au Docteur, Mamadou Diop.**

Je vous remercie pour votre disponibilité et de la diligence de vos réponses à mes demandes d'information itératives.

Que le bon Dieu vous comble de bonheur. Amen !

- **A tout le personnel de l'Officine MAKORO KONE.**

Mme Haïdara « **Ami Touré** », Dr Sékou Fanta Mady Keita, Abdoulaye Tangara ; Boubacar Keita « **Bou** » Seydou ; Balla Coulibaly ; Idrissa Camara « **Idy** ». Vous avez été un grand support, votre aide morale ne m'a jamais fait défaut. J'ai passé des moments inoubliables et de bonnes collaborations avec vous, que Dieu vous récompense.

- **A mes très chères tantes.**

Merci pour tous vos aides, conseils, bénédictions et encouragements. Trouvez ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A notre maitre et président du jury

Pr Elimane Mariko,

- ✓ Professeur Titulaire en Pharmacologie à la FAPH/FMOS;
- ✓ Président de l'Association de DOMBA (Domba yiriwaton) chef-lieu de commune.
- ✓ Colonel Major des forces Armées du Mali.

Cher Maître,

Vos qualités professionnelles et votre simplicité ont suscité en nous admiration et confiance.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce Jury malgré vos multiples occupations.

A notre maître et membre du jury

Pr Saïbou MAIGA

- ✓ Professeur titulaire en législation de la FAPH,
- ✓ Chef de DER en science Pharmaceutique à la FAPH,
- ✓ Membre du comité d'éthique de la FMOS,
- ✓ Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.

Cher Maître,

Nous sommes fiers de vous compter parmi les membres de ce jury.

Votre simplicité et vos qualités scientifiques humaines font de vous un encadreur exemplaire.

Nous vous prions d'accepter cher maître nos sincères remerciements.

**A notre maitre et
membre du jury**

Professeur Yaya COULIBALY

- ✓ Maitre-assistant en législation Pharmaceutique à la FAPH,
- ✓ Ancien Chef de Cabinet du Ministère des Enseignements Secondaire, Supérieure et de la Recherche Scientifique,
- ✓ Ancien Conseiller Technique au Ministère de la santé,
- ✓ Directeur de la Direction de la Pharmacie et du Médicament,
- ✓ Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.

Cher Maître,

Vous nous faites un immense plaisir en acceptant de juger ce travail. Nous avons été marqués par votre accueil, disponibilité et votre culture scientifique.

Vos remarques et suggestions ont beaucoup contribué à l'amélioration de la qualité de ce travail. Soyez assurez de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

A notre maitre et Directeur de thèse

Professeur Mamadou KONE

- ✓ Professeur en physiologie à la FAPH ;
- ✓ Directeur technique des compétitions sous régionales des établissements polytechniques de l'Afrique de l'Ouest;
- ✓ Médecin du sport ;
- ✓ Membre du Comité Scientifique International de la revue française de médecine du sport (Medi sport) ;
- ✓ Membre du Groupement Latin et Méditerranéen de Médecine du Sport (GLMMS) ;
- ✓ Membre de l'Observatoire de Mouvement (ODM) ;
- ✓ Président du collège malien de réflexion en médecine du sport ;
- ✓ Deuxième vice Président de la fédération Malienne de taekwondo ;
- ✓ Chercheur à la FAST.

Cher Maître,

Nous vous remercions pour l'accueil spontané et affectueux que vous nous avez accordé. Vos qualités humaines, scientifique et votre simplicité à transmettre aux autres vos connaissances font de vous un maître apprécié. Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves et espérons être dignes de la confiance que vous avez placée en nous.

Sachez que les mots sont faibles pour qualifier votre personnalité.

Soyez assuré cher maître de notre profonde gratitude et de notre attachement fidèle.

LISTE DES ABREVIATIONS

% : Pourcentage.

ALD : Affection de Longue Durée.

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire.

ASACO : Association de Santé Communautaire.

Autres: Etudiants Interne, Infirmiers d'Etat, Majors, Stagiaires...

BM : Banque Mondiale.

CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CI : Contre-Indication.

CMSS : Caisse Malienne de Sécurité Sociale.

CNOP : Conseil Nationale de l'Ordre des Pharmaciens.

CSCOM : Centre de Santé Communautaire.

CSRéf : Centre de Santé de Référence.

DCI : Dénomination Commune Internationale.

DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'Information.

DPM : Direction de la Pharmacie et du Médicament.

EIM : Effets Indésirables Médicamenteux.

FAPH : Faculté de Pharmacie.

FCFA : Franc de la Communauté Financière Africaine.

FMI : Fond Monétaire International.

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

IB : Initiative de Bamako.

IHB : Infirmerie Hôpital de Bamako.

IHK : Infirmerie Hôpital de Kati.

IM : Intra-Musculaire

INPS : Institut National de Prévoyances Sociale.

ME : Médicaments Essentiels.

MS/PAS : Ministère de la Santé/Programme d'Approvisionnement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

OUVRIERS : Jardiniers ; mécaniciens ; commerçants ; pompistes.

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

PPM : Pharmacie Populaire du Mali.

PPN : Politique Pharmaceutique Nationale.

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social.

SDADME : Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution en Médicaments Essentiels.

SLIS : Système Local d'Information Sanitaire.

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti.

SSP : Soins de Santé Primaire.

UMPP : Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	OBJECTIFS.....	9
III.	GENERALTES.....	11
IV.	METHODOLOGIE.....	57
V.	RESULTATS.....	62
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	80
VII.	CONCLUSION	87
VIII.	RECOMMANDATIONS.....	89
IX.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	91
X.	ANNEXES.....	98

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : Répartition des ordonnances selon l'Organisme de Gestion Délégué (OGD).

TABLEAU II: Répartition des ordonnances selon l'activité du Malade.

TABLEAU III : Répartition des ordonnances selon les services.

TABLEAU IV: Répartition des ordonnances selon qu'elles comportent ou non le cachet et la signature des prescripteurs.

TABLEAU V : Répartition des ordonnances selon la précision de la posologie.

TABLEAU VI : Répartition des ordonnances selon les rajouts de médicaments sur les prescriptions.

TABLEAU VII: Répartition des ordonnances selon la présence de ratures.

TABLEAU VIII: Répartition des ordonnances selon la précision du cachet et la signature de l'établissement de provenance.

TABLEAU IX : Répartition des ordonnances selon la précision du code de l'établissement de provenance.

TABLEAU X : Répartition des ordonnances selon le Coût.

TABLEAU XI : Répartition des ordonnances selon les médicaments présentant une différence de prix.

TABLEAU XII : Répartition des ordonnances selon le nombre de médicaments prescrits.

TABLEAU XIII : Répartition des ordonnances selon les médicaments totalement servis.

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE I : Répartition des ordonnances selon les établissements de provenance.

GRAPHIQUE II : Répartition des ordonnances selon les Centres de Santé de référence (CSréf).

GRAPHIQUE III : Répartition des ordonnances selon les bénéficiaires.

GRAPHIQUE IV: Répartition des ordonnances selon le sexe.

GRAPHIQUE V : Répartition des ordonnances selon l'âge.

GRAPHIQUE VI: Répartition des ordonnances selon les types de soins.

GRAPHIQUE VII: Répartition des ordonnances selon les profils de prescripteurs.

GRAPHIQUE VIII : Répartition des ordonnances selon la présence du code des prescripteurs.

GRAPHIQUE IX : Répartition des ordonnances selon la prescription des médicaments ne figurant pas sur la liste AMO

GRAPHIQUE X : Répartition des ordonnances selon la disponibilité des médicaments

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

L'accès aux soins de santé pour tous est un objectif fondamental sur le plan du bien-être social et constitue à ce titre une composante importante du niveau de développement du pays [6]. Le Mali dispose d'une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) adoptée en 1999, et qui est une partie intégrante du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Sociale (PDDSS) et de son premier programme quinquennal (PRODESS I).

Elle couvre tous les aspects du secteur pharmaceutique et a pour objectif de rendre accessible géographiquement, physiquement et financièrement, à la population des médicaments essentiels de qualité. Cette Politique vise aussi l'usage rationnel des médicaments par les professionnels de santé et par les consommateurs [5]. La politique nationale de santé est basée sur les principes des soins de santé primaires, sur l'Initiative de Bamako (IB) et sur la stratégie de développement sanitaire.

Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Sociale (PDDSS) et le Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) servent de cadre de références à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé.

Cette Politique vise aussi l'usage rationnel des médicaments par les professionnels de santé et par les consommateurs. Il s'agit d'une politique intégrée à la politique nationale de santé comme recommandée par l'OMS (l'Organisation Mondiale de la santé). Elle couvre les secteurs public, privé et

communautaire et concerne les principaux acteurs du secteur.

Le système pharmaceutique est régi par une série de textes législatifs et réglementaires portant entre autres, sur l'autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires ; l'institution de l'Ordre National des Pharmaciens(ONP); le code de déontologie; les prix des médicaments en Dénomination Commune Internationale (DCI) de la liste nationale des médicaments essentiels dans le secteur pharmaceutique public ; le visa des produits pharmaceutiques ; les prix des médicaments en Dénomination Commune Internationale de la liste nationale des médicaments essentiels dans le secteur pharmaceutique privé. Les fonctions de réglementation du système pharmaceutique, du sommet hiérarchique sont réparties entre la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), le Laboratoire National de la Santé (LNS) [5].

La gestion du cycle d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques, dans le secteur public est guidée par le schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels (SDADME) mis en place en 1995, et le contrat Plan Etat Pharmacie Populaire du Mali, qui définit les obligations de la PPM et celles de l'Etat pour l'atteinte des objectifs en matière d'approvisionnement et de distribution de médicaments essentiels dans le cadre de la PPN.

Le secteur pharmaceutique privé enregistre, depuis 1991 un développement remarquable de son réseau de distribution

tourné essentiellement vers les médicaments dits de spécialités pour environ 70% des volumes de vente. En 2010, le réseau privé compte plus de 400 officines pour 35 établissements de vente en gros [5].

Au Mali, le secteur pharmaceutique a trois types d'acteurs : le communautaire (privé non lucratif), le privé, et le public.

Le secteur communautaire et le secteur public assurent la mission de service public de santé.

Le 25 janvier 2006, le conseil des ministres adopta un décret fixant les prix des ME dans le secteur privé. Le décret fixe les prix de 107 médicaments. Il en résulte une baisse globale de l'ordre de 31,5 % des prix dans le privé. Ce décret sera modifié par le décret **N°07-087/P-RM du 16 mars 2007** fixant les prix des médicaments en Dénomination Commune Internationale (DCI) de la liste nationale des ME dans le secteur pharmaceutique privé [25].

L'accès aux soins y compris aux médicaments reste très limité. L'indice d'utilisation des services de santé au Mali est de 0,21 contact par personne et par an **source** : Organisation Mondiale de la Santé Health Action Internationale « **Rapport d'étude de cas au Mali janvier 2005** ». Une des raisons pour expliquer ce phénomène est l'absence d'un véritable régime d'assurance maladie [15].

En effet, la sécurité et la qualité des traitements restent une préoccupation des médecins et des pharmaciens à travers le monde. Ce facteur implique non seulement les systèmes de santé, mais aussi et surtout la formation et les pratiques des médecins, pharmaciens et des agents paramédicaux.

La prescription est une activité médicale indispensable à toute dispensation de médicaments. Cette prescription relève de la compétence du médecin et se matérialise par l'ordonnance. L'ordonnance n'est pas une feuille simple mais un document de communication entre le prescripteur, le dispensateur et le patient [20]. La dispensation de produits et prestations de santé sur prescription médicale est bien évidemment le pivot du métier de pharmacien. Elle représente environ 85% de l'activité quotidienne de l'officine, le pharmacien est le relais du médecin dans la stratégie de soin au patient. Il va permettre de dispenser en toute sécurité les produits prescrits, et surtout de personnaliser cette dispensation en fonction du patient, de son état physiopathologique, de ses antécédents, de ses activités quotidiennes, il va transformer la prescription en véritable traitement adapté au patient qui en a besoin [29].

Le pharmacien engage sa responsabilité dans cette délivrance, il se doit d'être à l'écoute du patient, de maîtriser les produits qu'il dispense ainsi que l'association de ces produits dans un traitement global [6].

Le pharmacien garantit non seulement la sécurité de l'acte de dispensation des médicaments au patient, mais également la sécurité de l'acte de prescription, par l'analyse et la validation de l'ordonnance.

L'acte de dispensation désigne un processus d'analyse, de questionnement, de conseil et de suivi, mais il est en droit et en fait caractériser par une responsabilité décisionnelle. Le devoir de santé publique peut ainsi conduire le pharmacien

jusqu'au refus de la délivrance d'un médicament en cas de danger constaté ou pressenti, et en cas de contact ou d'accord impossible avec le prescripteur [24]. Cependant, les activités de prescription et de dispensation sont complémentaires pour garantir une meilleure prise en charge thérapeutique des patients; ces activités étant menées par des acteurs différents, leur collaboration pourrait susciter des problèmes et des difficultés qui peuvent être liées d'une part à la qualité rédactionnelle des ordonnances et d'autre part au niveau de connaissances mutuelles des missions respectives des prescripteurs et des dispensateurs.

Au Mali, toutes les catégories d'agents de la santé s'adonnent à des activités de prescription et la majorité des dispensations est effectuée par des non pharmaciens dans les officines. **Source** « Etude de la complémentarité des activités de prescriptions et de dispensation pour une meilleure prise en charge thérapeutique du patient. **Thèse de Pharmacie, Bamako 2007 page 21**». Ces pratiques augmentent le nombre d'ordonnances mal rédigées ainsi que des risques d'erreurs médicamenteuses [20].

Banou A dans son étude en 2004 sur « l'automédication de la femme enceinte » a signalé que 23% des ordonnances étaient rédigées par des médecins et 77% par des paramédicaux.

On constate, que la plupart des ordonnances arrivant à l'officine ne répondent pas aux normes de prescription et ne permettent pas d'identifier leurs auteurs. Ce phénomène engage la seule responsabilité du dispensateur qui n'est pas

le clinicien ayant fait le diagnostic donc n'a que peu de renseignements sur le patient.

En 2004 **Diaby M** a rapporté dans son étude sur « La perspective de mise en place d'un système de pharmacovigilance dans le District de Bamako » que **4,7%** des ordonnances manquaient de posologie [20].

Touré H.A a signalé que **55,67%** des ordonnances étaient rédigées par des infirmiers suite à son étude sur « La délivrance des produits conseils (Antalgiques et antitussifs) dans les officines privées de la ville de Sikasso » [27].

Traoré. S aussi a rapporté dans son étude en 2009 sur «Evaluation de la satisfaction des demandes de médicaments au comptoir dans les officines privées de Bamako» que **69,49%** des ordonnances n'identifient pas les prescripteurs [28].

Aujourd'hui, avec l'avènement des sciences médicales et l'élargissement du taux de croissance de la population malienne, les officines de pharmacie privées réglementées au Mali comptent plus de 400 officines privées (**décembre 2014**).

Source « Ordre National des Pharmaciens (ONP) » dont la majorité se situe à Bamako. Malgré cet effectif élevé d'officines de pharmacie et surtout avec l'introduction du nouveau régime d'assurance maladie d'une part et d'autre part, par le niveau de formation de personnel employé dans les structures sanitaires, de très rares mesures d'accompagnements dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire dans les officines privées ont été mises en place

d'où la nécessité d'effectuer une étude sur l'analyse de la dispensation des médicaments dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

Objectif Général :

Contribuer à l'analyse de la dispensation des médicaments dans les officines privées de la commune IV dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Objectifs Spécifiques :

1. Identifier les services qui délivrent les ordonnances AMO.
2. Identifier les faiblesses et insuffisances dans les prescriptions des ordonnances AMO.
3. Proposer des moyens correctifs des faiblesses relevées.

GENERALITES

III-GENERALITES

1 Rappel historique de l'évolution du secteur pharmaceutique du Mali [19]

- **1^{ère} étape : De 1960 à 1980**

Cette étape est caractérisée par :

- La gratuité des soins et des médicaments ;
- La création de la Pharmacie d'Approvisionnement (PHARMAPPRO) pour l'approvisionnement des hôpitaux en médicaments et de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) qui importait des médicaments destinés à la vente.

- **2^{ème} étape : De 1981 à 1990**

- En 1981, la PHARMAPPRO a été dissoute et remplacée par l'Office Malien de Pharmacie (OMP) qui en plus de l'importation de médicaments faisait la recherche à travers le Département de la Médecine Traditionnelle (DMT) et la production par l'Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques (UMPP);
- En 1982, la création de l'Inspection de la Santé et des Affaires Sociales (ISAS);
- En 1983, introduction de la notion de médicaments essentiels;
- En Septembre 1987 Initiative de Bamako (IB).

- **3^{ème} étape : De 1990 à nos jours**

En 1995, la mise en place du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution en Médicaments Essentiels (SDADME) avec l'implication du secteur privé pour appuyer la PPM et des communautés.

2 La politique sectorielle de santé

La politique sectorielle de santé et de population, adoptée par le gouvernement en Décembre 1990 se traduit par une volonté explicite et soutenue visant l'amélioration de l'état de santé de la population. Elle fait siens des principes de l'Initiative de Bamako et la stratégie des soins de santé primaire. Elle a retenu quatre stratégies majeures :

- L'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des prestations;
- La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels;
- La participation communautaire dans la gestion du système;
- La mobilisation des ressources nécessaires au financement du système de santé y compris dans le recouvrement des coûts.

3 Organisation et fondement de la politique de santé [18]

La politique de santé repose sur la déclaration de soins de santé primaires, l'Initiative de Bamako, la déclaration de Ouagadougou sur la relance des soins de santé ainsi que d'autres initiatives internationales auxquelles le pays a souscrits.

L'unité opérationnelle de la politique de santé est le district sanitaire qui comprend les services de santé de première ligne (centre de santé communautaire) et l'hôpital de district (Centre de Santé de Référence). L'aire d'attraction de l'hôpital

de district est répartie en plusieurs zones ou aires de santé. Dans chaque aire, la politique de santé ambitionne d'implanter un centre de santé communautaire offrant un paquet minimum d'activités comprenant les soins curatifs, préventifs et promotionnels.

L'aire de santé comprend plusieurs villages ou fractions nomades. Les soins au niveau village sont assurés par les agents de santé communautaires : Relais, accoucheuses traditionnelles recyclées etc.

Au Mali la pyramide sanitaire se structure à trois niveaux de soins [21] :

➤ **Le Niveau Central**

Cinq (5) Etablissements Publics Hospitaliers dont trois (3) à vocation générale (Hôpital du Point G, hôpital Gabriel Touré et l'hôpital du Mali) et deux (2) à vocation spécialisée Centre National d'Odonto-Stomatologie(CNOS), Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique (IOTA); six (6) Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques (EPST) : L'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de la Santé (LNS), le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS), le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent la 3ème référence. C'est à ce niveau que sont orientés tous les cas graves nécessitant

une intervention spécialisée ou des investigations para-cliniques poussées.

➤ **Le Niveau Intermédiaire :**

Regroupe sept (7) Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2ème référence à vocation générale et situés respectivement dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Koulikoro (l'hôpital de Kati). A ceux-ci s'ajoute l'hôpital mère-enfant (le Luxembourg), un établissement sanitaire privé à but non lucratif.

➤ **Le Niveau District Sanitaire avec 2 échelons:**

Le premier échelon (la base de la pyramide) ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de santé communautaire (Cscm) au nombre de 1.135 fonctionnels **Source** « Carte sanitaire du Mali mise à jour – 2011 ; rapport de synthèse ». Il existe d'autres structures de santé : Parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés environ 1.308 en 2011 qui complètent le premier échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par les ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les IST (Infection Sexuellement Transmissible), VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine moderne reste à améliorer.

Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les 60 Centres de Santé de Référence (CSréf) au niveau des Districts sanitaires,

correspondant au cercle, commune ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon. La loi d'orientation de la santé du 22 juillet 2002 indique que l'extension de la couverture sanitaire est un objectif essentiel du **Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS)**.

A cet effet, elle institue une carte sanitaire, adoptée par décret pris en conseil de ministres et révisée tous les cinq ans, qui repose sur le découpage du territoire national en Districts sanitaires et en aires de santé. Ce dispositif est complété par le secteur privé, les services de santé de l'armée et les structures de santé confessionnelles :

❖ **Les Services de Santé de l'Armée**

Ils se composent de postes médicaux, d'infirmières, de maternités de garnison et Infirmier-Hôpital: Infirmier-Hôpital de Kati (IHK) et Infirmier-Hôpital de Bamako (IHB). Ces établissements évoluent de façon parallèle et leurs données sont insuffisamment intégrées au système d'information sanitaire national.

❖ **Les Services Concessionnels de Santé**

Les structures de prestations de services des organisations religieuses complètent partout l'offre de services de soins de santé sur l'ensemble du territoire national.

Selon le rapport d'élaboration de la carte sanitaire de 2011, vingt-cinq (25) structures confessionnelles ont été identifiées sur l'ensemble du territoire [21].

Le pays compte au total 2.374 structures œuvrant soit pour la production directe de soins ou en appui à la production de

soins de santé. Ainsi on a dénombré 1.135 Cscom, 332 cabinets et 104 cliniques parmi les structures offrant directement les soins de santé. D'autre part parmi les structures appuyant la production des soins de santé on a recensé 471 officines de pharmacie et 27 dépôts de pharmacies, 72 écoles de formation en santé, 8 centres de santé mutualiste, et seulement 6 centres de recherche en santé. Par ailleurs sur les 2.374 structures on note que 629 (26,5%) se trouvent à Bamako constitués essentiellement d'officines pharmaceutiques 211, de cabinets 184. Aussi, la ville de Bamako compte plus de la moitié des cliniques (68/104) [3].

4 Financement de la protection sociale au Mali [23]

Le financement du système de protection sociale pose deux défis majeurs :

- La perception des gouvernants sur la pertinence de sa contribution à la croissance;
- La rareté des ressources face aux priorités multiples auxquelles les gouvernements sont confrontés.

Faut-il alors la confier à l'Etat et la faire financer sur fonds publics ou à un organisme d'assurance indépendant de l'Etat et la faire financer par des contributions ?

Pour un financement adéquat, il importe de concilier ces deux démarches qui sont liées historiquement aux noms de Beveridge et de Bismarck. Au plan mondial, selon l'UNICEF, le financement des coûts des soins de santé est partagé entre les gouvernements, qui contribuent pour (33%) aux dépenses mondiales de santé, l'assurance sociale (25%), l'assurance

privée (20%) et les paiements directs et autres dépenses privées (22%). Les systèmes nationaux de sécurité sociale contribuent à la protection sociale de la population par la redistribution d'une partie importante du Produit Intérieur Brut. Ce montant de ressources est constitué par :

- Les cotisations sociales versées par les travailleurs, les employeurs et l'État ;
- Les transferts de l'État (impôts et bénéfices réservés, recettes générales, et prêts internationaux) ;
- D'autres dispositions comme la micro-assurance ; le microcrédit et les régimes de protection communautaires.

La sécurité sociale est financée par les cotisations prélevées sur les revenus de l'activité salariée et par la voie fiscale (retenue à la source).

L'aide et l'action sociale sont financés par l'Etat, les collectivités territoriales, d'autres personnes morales, les personnes physiques et les partenaires au développement.

Les ressources sont constituées par :

Une dotation budgétaire annuelle qui est déterminée d'un commun accord entre le ministre de tutelle de la protection sociale et le ministre chargé des finances. Son montant figure dans la loi de finances pour l'exercice considéré et est inscrit en dépense au budget de l'Etat elle comprend :

- Les frais administratifs et de fonctionnement des services techniques des ministères en charge de la protection sociale;
- Les dépenses d'équipements et d'investissements (financements internes et externes);

- Les cotisations assises sur le salaire des fonctionnaires (civils et militaires) de l'Etat dont le versement est assuré par le ministère des finances;
- Les subventions aux organismes et Etablissements Publics à Caractère Administratifs chargés des missions de protection sociale;
- Le produit des cotisations assises sur le financement des agents contractuels de l'Etat dont le versement est assuré par le ministère des finances;
- Le produit des cotisations des travailleurs indépendants;
- Le produit des placements des dons et legs et toutes autres ressources attribuées à l'organisme.

Le système de financement en vigueur est de type contributif, les modes de financement adoptés pour la couverture des différents risques sont déterminés en fonction des prestations à payer.

Les prestations à court terme sont financées selon le système de la répartition tandis que le financement de celles à long terme repose sur le principe de la capitalisation partielle ou « prime échelonnée ». Chaque branche est financée par des cotisations à la charge des salariés et des employeurs.

Dans tous les organismes affiliés, les cotisations sociales à l'INPS constituent la quasi-totalité des ressources. Elles sont constituées d'un principal et des pénalités liées aux infractions à la législation sociale. Ces cotisations sont assises sur l'ensemble des rémunérations perçues par les personnes assujetties, y compris les indemnités, primes, gratifications et tout autre avantage ayant un caractère de

remboursement de frais. Toutefois, le montant des rémunérations servant de base de calcul des cotisations ne peut être en aucun cas inférieur au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG).

2-ASSURANCE MALADIE

2.1 Généralités sur l'assurance maladie

L'assurance maladie est considérée et promue comme l'un des principaux mécanismes de financement permettant d'améliorer l'accès aux services de santé, tout en offrant une protection contre les risques financiers [8].

Elle est un facteur de progrès économique et social car, elle permet la constitution d'une offre de soins de qualité et en quantité suffisante, en favorisant l'investissement en capital humain (La bonne santé des hommes et femmes soutient la productivité du travail) ainsi que la lutte contre la pauvreté en offrant une protection contre les dépenses de santé dites « catastrophiques ». Sa mise en place réclame toutefois de disposer de travailleurs hautement qualifiés (Gestionnaires, Economistes, Actuaire etc.)

Les travailleurs du secteur informel ne sont le plus souvent couverts par fautes d'informations. En fait, l'assurance maladie est un système de financement des soins qui doit donc être intégré dans une stratégie d'ensemble. Il permet d'apporter une certaine stabilité des flux financiers, au côté d'un financement par le budget de l'Etat (ou d'autres

collectivités territoriales), les mutuelles ou encore le secteur privé (Assurances privées à but lucratif) [13].

2.2 **Historique des systèmes d'assurance maladie** [2]

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

❖ **Système Beveridgien :**

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

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

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

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

❖ **Le Système Bismarckien**

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

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

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

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

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

L'ouverture de droits aux prestations dépend de la qualité de cotisation personnelle. Le trait essentiel du système réside dans le caractère obligatoire et national de ces assurances et

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

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

2.3 **Principes de l'assurance** :

Le mécanisme de l'assurance s'appuie sur la compensation des risques, si tous les assurés sont soumis à un risque, la probabilité de voir celui-ci se réaliser pour tous est faible.

Les victimes sont dédommagées grâce aux contributions versées par la collectivité des cotisants. L'assureur doit donc être capable de prévoir les charges qu'il aura à supporter du

fait des risques qu'il couvre lorsqu'il établit ses polices d'assurance.

Ces évaluations sont effectuées grâce au calcul de probabilités réalisé par un actuare. La loi des grands nombres permet en effet d'établir les lois de survenance des risques, ce qui permet en fonction de la probabilité de leur survenance et de leur fréquence de déterminer le montant des polices d'assurance auquel s'ajoutent les frais de gestion de l'assureur.

La valeur de l'indemnisation varie selon la fréquence des sinistres et la valeur assurée. L'assurance occupe une place très importante dans l'économie moderne son mécanisme contribue à accroître le niveau de protection de l'ensemble des individus, et sa généralisation a été rendue obligatoire en de très nombreux domaines [1].

2.4 **Les différents types d'assurances** [1]

Il existe deux grands types d'assurance : les assurances de dommages et les assurances de personnes.

Les assurances de dommages couvrent la réparation d'un préjudice, qu'il soit direct, c'est-à-dire qu'il porte sur un bien appartenant à l'assuré (assurance de choses), ou indirect, c'est-à-dire qu'il soit subi par un tiers du fait de l'assuré (assurance de responsabilité). Les contrats d'assurance combinent souvent ces deux aspects, comme le fait, par exemple, l'assurance-automobile multirisques. Pour leur part, les assurances de personnes garantissent l'individu contre les événements qui touchent à son existence et à sa santé : il s'agit principalement des assurances sur la vie, ou encore de

celles qui couvrent les risques liés à la maladie ou aux accidents.

2.4.1 **Assurances de dommages**

Les assurances de dommages couvrent une grande variété de risques tels que l'incendie, le vol, le dégât des eaux, le bris de glaces, ou encore les dégradations consécutives aux intempéries. L'indemnisation s'opère sur la base d'une déclaration de sinistre, et prend effet à partir d'un certain montant que l'on appelle la franchise. Dans un très grand nombre de cas, les assurances de dommages se doublent d'une assurance au tiers, couvrant la responsabilité civile de l'assuré (par exemple, dans le cas de destructions causées par un incendie).

Les assurances de personnes se présentent comme des contrats prévoyant le versement d'un capital ou de rentes à un bénéficiaire en cas de décès, moyennant le paiement de primes par le souscripteur. Contrairement au risque couvert par les assurances de biens, le risque couvert par les assurances de personnes se produit inévitablement ; seule la date de réalisation (dans le cas d'un décès, par exemple) reste inconnue. La possibilité de sa survenance à chaque âge de la vie peut être déterminée grâce aux lois de probabilité, ce qui permet ainsi aux actuaires de calculer le montant des primes devant être demandées chaque année aux souscripteurs.

2.4.2 **Assurances de personnes**

Les assurances de personnes se présentent comme des contrats prévoyant le versement d'un capital ou de rentes à un bénéficiaire en cas de décès, moyennant le paiement de

primes par le souscripteur. Contrairement au risque couvert par les assurances de biens, le risque couvert par les assurances de personnes se produit inévitablement ; seule la date de réalisation (dans le cas d'un décès, par exemple) reste inconnue. La possibilité de sa survenance à chaque âge de la vie peut être déterminée grâce aux lois de probabilité, ce qui permet ainsi aux actuaires de calculer le montant des primes devant être demandées chaque année aux souscripteurs.

L'assurance-vie ouvre droit pour les bénéficiaires au versement d'une somme forfaitaire ou d'un revenu régulier. En général, le souscripteur doit effectuer une visite médicale préalable. Les primes d'assurance sont versées selon les dispositions du contrat, mais l'assuré peut obtenir une avance sur sa police et dispose alors de l'argent qu'il a versé à l'assureur. Il peut aussi racheter son contrat ou obtenir une réduction du montant des primes à venir. Les assurances souscrites par des individus se distinguent des assurances de groupe. Les assurances individuelles se répartissent en assurance en cas de décès et en assurance en cas de vie.

2.4.3 **Régime d'Assistance Médicale (RAMED) [17]**

Le Régime d'Assistance Médicale RAMED est un dispositif non contributif destiné aux indigents, c'est-à-dire toute personne dépourvue de ressources et reconnues comme telle par la collectivité territoriale. Il a été également institué en 2009 par la loi **N° 09-031 du 27 juillet 2009**. A ce titre, les indigents bénéficient gratuitement d'une prise en charge des soins curatifs, préventifs et de réhabilitation médicalement

requis. Il est prévu que l'État contribue à hauteur de 65% du montant total nécessaire au fonctionnement du **RAMED** tandis que les collectivités territoriales s'acquittent de 35% de cette somme.

Il est géré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale dénommée ANAM.

2.5 **Assurance maladie dans le monde**

➤ **Historique de l'assurance maladie [11]**

Jusqu'au XVIII^e siècle, les protections contre les risques de la vie sont assurées par la richesse personnelle, la solidarité locale (familiale, villageoise) ou professionnelle (guildes, jurandes), et la charité.

Au XIX^e siècle, la révolution industrielle concentre les populations dans les villes où la solidarité locale ne peut plus jouer alors que le nombre d'accidents du travail augmente. De plus, se développe un mouvement intellectuel et scientifique qui promeut la prévoyance individuelle (à l'origine des assurances privées), les sociétés d'assurance mutuelle qui apportent la prévoyance collective et la notion de « Dette sacrée » apportée par la révolution française dont l'article 21 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1793 reconnaît pour chaque citoyen le droit à l'assistance et à la protection sociale, donnant naissance à la sécurité sociale.

Ces nouvelles conceptions sont appliquées en Prusse où Otto Von Bismarck, souhaitant un Etat fort, développe le premier système d'assurances sociales obligatoires avec les projets de loi concernant l'assurance contre les accidents du travail et l'Assurance Maladie Sociale (AMS) adoptés en 1883 et 1884.

➤ Différents régimes d'assurances maladie dans le monde

Au niveau mondial l'Allemagne a été le premier pays à disposer d'une assurance maladie à l'échelle nationale. Le chancelier Bismarck obtient en 1883 le vote d'une loi d'Assurance Maladie Obligatoire, financée par une subvention d'Etat [1].

En France, le système de protection sociale mis en place après-guerre reposait sur une assurance obligatoire rattachée au travail. Avec l'avènement de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Médicale Universelle (CMU), la protection sociale contre la maladie a été élargie à ceux qui en étaient exclus.

L'assurance maladie est obligatoire, les cotisations sont assises sur une base socioprofessionnelle, mais on observe une tendance à la disparition progressive du lien travail-statut d'assuré social (Couverture Maladie Universelle) et un financement partiel par l'impôt (Contribution Sociale Généralisée) [8].

En Autriche, une approche graduelle a été adoptée comme en Allemagne. Un premier régime «d'Assurance Maladie et Accidents Industriels » pour les travailleurs des entreprises a été établi en 1887-1888. Il a été créé par les premières dispositions réglementaires obligeant les employeurs à payer pour les soins hospitaliers et de santé de leurs employés au début du XIX^e siècle.

En 1859, un code industriel a été mis en place pour réglementer la création de caisses bénévoles et de caisses coopératives d'assurance maladie. Toutefois, ces dispositions

et réglementations savaient été largement ignorées jusqu'à ce moment. Puis vint, en 1867 l'acte associatif qui a autorisé la création de caisses associatives.

En conséquence, les caisses maladie et d'invalidité des associations de salariés ont été respectivement créées en 1868 et 1873. Le système initial de 1887-1888 a été élargi au début du XX^e siècle par l'adhésion systématique de toutes les catégories de travailleurs, qu'ils soient salariés, ouvriers ou agriculteurs. L'élargissement définitif de la couverture a été réalisé grâce aux lois sur l'assurance maladie des fermiers et des fonctionnaires, votées respectivement en 1965 et 1967.

En 1980, le niveau de couverture de la population avait atteint

96 % **[12]**. En revanche, l'Etat en Grande Bretagne prend en charge tout le système de santé, tous les soins sont en effet gratuits ou quasiment. Les principes d'accès universel sont garantis sans procédures justificatives préalables **[8]**.

Aux Etats-Unis, il n'existe ni couverture généralisée de la population ni financement public par le biais d'un prélèvement obligatoire, plus de 65% des personnes de moins de 65 ans sont couvertes par des assurances privées. La population de plus de 65 ans, celle en situation du handicap ainsi que les plus démunies bénéficient respectivement des programmes Medicare et Medicaid. Ainsi, plusieurs pays africains s'emploient à mettre sur pied et financer des programmes d'assurance maladie.

Le Ghana, le Kenya, le Rwanda, l'Afrique du sud et la Tanzanie en sont quelques exemples. Cependant, beaucoup

de ces régimes, qu'ils soient publics ou privés, ne couvrent qu'une petite partie de la population. De plus, les personnes pauvres sont celles qui sont les moins susceptibles d'être couvertes.

En effet, et à moins qu'elle ne soit conçue en portant une attention particulière aux populations pauvres, une assurance maladie risque d'accroître les inégalités puisque les groupes ayant des revenus élevés sont plus susceptibles d'être assurés et d'utiliser les services de soins de santé et ceux, en tirant profit des avantages offerts par leur couverture **[8]**.

Au Costa Rica, ce pays a initié son régime d'Assurance Maladie Obligatoire par la création de la Caisse de Sécurité Sociale du Costa Rica (CSSC) en novembre 1941 (Miranda 1994).

Au début, les populations ciblées étaient celles des zones urbaines ainsi que celles de certaines zones productrices de café, avec en principe une adhésion obligatoire pour ces groupes. Une des caractéristiques importantes du régime était qu'au début, seuls les salariés pouvaient bénéficier de l'Assurance Maladie Obligatoire. Toutefois, dès 1944, lors de l'extension à d'autres zones, il y avait déjà des pressions pour que toute la famille de l'affilié soit couverte. Ce n'est qu'en 1956 que la couverture familiale fut introduite de manière obligatoire, incluant la couverture pour le conjoint légal ou en union libre, les enfants de moins de douze (12) ans et les parents s'ils étaient considérés dépendants de l'affilié. Un autre événement important a eu lieu en 1960, lorsque la

réglementation a plus que doublé le revenu maximum imposable. Jusqu'à ce moment, l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) s'était concentré sur la protection des travailleurs à bas salaires. La réglementation de 1960 a permis une augmentation importante des cotisations et une extension des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire. De plus, en 1961, une loi a été votée dans le but d'étendre l'AMO à toute la population.

La loi de 1961 impliquait que même les travailleurs indépendants et les indigents devaient être incorporés dans le régime. En fait, le parlement du Costa Rica avait fixé une période de dix (10) ans pour atteindre une couverture nationale. Ce dernier objectif n'avait toujours pas été atteint au début des années 1990 et, vingt-neuf (29) ans après la loi de 1961, 85 % de la population était effectivement couverte par l'AMO [12].

Au Japon l'AMO puise ses sources dans les premiers développements du système d'assurance maladie volontaire communautaire au début du XIX^e siècle.

En 1835, le système d'assurance maladie communautaire (« Jyorei », basé sur des cotisations payées en grains de riz et des prestations limitées aux soins de base) a été établi dans la préfecture de Fukuoka. Dans les décennies suivantes, ce type d'assurance maladie mutuelle devient de plus en plus important.

Durant les années suivantes 1930, le gouvernement encourage la reproduction du schéma de l'assurance maladie communautaire au niveau national.

En 1934-1945, douze (12) modèles d'assurance maladie communautaires étaient déjà créés dans trois préfectures. Néanmoins, en 1938 une loi plus large nommée AMNC « Assurance Maladie Nationale des Citoyens », basée sur les principes du financement communautaire, mais avec des cotisations en numéraire, a été proclamée et mise en œuvre. Cette loi a été conçue pour servir les besoins des pauvres dans les villages ruraux mal desservis, les fermiers et les travailleurs indépendants dans les communautés rurales ainsi que dans les petites entreprises. Le régime était également géré sur une base volontaire. Quoiqu'il en soit, cette loi a contribué de façon significative à la couverture assurantielle, en augmentant le taux de couverture de 2% à 51,2% de la population totale [12].

2.6 **ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU MALI**

Le gouvernement du Mali, pour répondre aux aspirations légitimes de la population pour un meilleur accès aux soins, s'est engagé dans un processus qui a aboutit à la mise en place d'un dispositif de couverture du risque maladie. Il s'agit de l'Assurance Maladie Obligatoire au profit des fonctionnaires civils et militaires, les députés, les travailleurs régis par le code du travail, en activité ou à la retraite ainsi que leurs ayant-droits.

Instaurée par la loi **N°09-015/AN-RM du 26 juin 2009**, le régime d'Assurance Maladie Obligatoire, en abrégé AMO, vise à permettre la couverture des frais de soins de santé inhérente à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leur famille à charge. Les dispositions de cette loi

assurent une couverture sans discrimination et ont pour fondement les principes de solidarité, de contribution et de la mutualisation des risques, qui restent ancrés dans la culture et les mœurs maliens.

Ainsi, le régime de l'AMO est unique en ce sens que les différents affiliés (fonctionnaires, travailleurs, députés) paient les mêmes taux de cotisation (exceptés les retraités), les affiliés et leurs ayants droit bénéficient des mêmes paniers de soins définis. L'Assurance Maladie Obligatoire bénéficie à la fois aux personnes assujetties ainsi que les membres de leurs familles à charge, suivant un respect des conditions et procédures de prises en charge, qui sont de plus en plus facilitées et accessibles.

En effet, la gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire incombe à la fois à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), en tant qu'organisme gestionnaire, qui délègue par la force de la loi certaines de ses prérogatives à d'autres structures Etatiques impliquées dans les questions de sécurité sociale.

La Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS), au travers de plusieurs activités joue son rôle d'Organisme Gestionnaire Délégué (OGD) pour permettre aux affiliés de bénéficier pleinement des avantages de l'AMO [9].

2.6.1 **LES ORGANISMES DE GESTION DES COTISATIONS SOCIALES** [10]

Les cotisations sociales au Mali sont actuellement gérées par trois organismes parapublics : la Caisse Nationale

d'Assurance Maladie (CANAM), la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS); et l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS).

❖ **La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM)**

Depuis le 1^{er} novembre 2010, une nouvelle branche est en vigueur au Mali sous forme d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Instituée par la loi **N°09-015/AN-RM du 26 juin 2009**, cette branche est confiée à la CANAM pour le compte d'employeurs publics et privés.

❖ **La Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS)**

La Caisse Malienne de Sécurité Sociale est un établissement à caractère administratif doté de la personnalité juridique et jouissant d'une autonomie financière.

Elle est placée sous la tutelle du ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées. Elle participe à l'exécution de la politique de sécurité sociale du gouvernement.

A cet effet, elle sert des prestations aux bénéficiaires des régimes et branches qu'elle gère.

Ses Missions :

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 :

- i. D'encaisser les cotisations des différents régimes;

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

Pour le compte des fonctionnaires civils et militaires, des parlementaires, des anciens premiers ministres et anciens présidents de la république.

Elle couvre, à ce jour, un seul régime, la retraite. Le taux des cotisations sont fixés à 1/3 pour le travailleur et 2/3 pour l'employeur (État) actuellement fixés à 4% pour les travailleurs et 8% pour l'employeur conformément aux dispositions de l'ordonnance **N°79-7/CMLN du 18 janvier 1979**.

❖ **L'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS)**

L'Institut National de Prévoyance Sociale (l'INPS) est un Etablissement Public à caractère Administratif (EPA), avec comme particularité une gestion tripartite (État, employeurs et travailleurs) suivant la loi **N°96-004 du 26 janvier 1996**.

De 1961 au 31 décembre 2011, les prestations de l'institut se sont diversifiées et sa couverture sociale touche plus de 255.102 assurés dont 79.901 allocataires, 61.802 pensionnés et 1.550 rentiers auxquelles il faut ajouter les ayant-droits.

Avec ses 23.567 employeurs immatriculés dont 12.497 actifs en 2011, l'INPS joue un rôle important dans le développement social et économique du pays : plus de 40 milliards de F CFA

de revenus sont distribués dans l'année et l'institut emploie 1.436 agents.

Pour le compte des travailleurs relevant du code de travail et les travailleurs indépendants, il gère actuellement trois régimes :

- Les retraites;
- Les prestations familiales;
- Les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Les cotisations sont assises sur l'ensemble des rémunérations, salaires ou gains, y compris les avantages en nature et indemnités diverses, à l'exception de celles ayant un caractère de remboursement de frais perçus par les travailleurs.

Les cotisations au régime de la retraite sont assurées par une double cotisation patronale et ouvrière.

La part ouvrière représente 40% du taux de ce régime. Les taux de cotisations en application pour les salariés régis par le code du travail sont.

Part Patronale				Part Salariée	TOTAL
AT/MP	Prestations familiales	Retraite	ANPE	Retraite	
1%	8%	5.40%	1%	3.60%	19%
2%	8%	5.40%	1%	3.60%	20%
3%	8%	5.40%	1%	3.60%	21%
4%	8%	5.40%	1%	3.60%	22%
		5.40%		3.60%	

2.6.2 Genèse de l'Assurance Maladie Obligatoire

Avant la mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire, la couverture sanitaire des travailleurs relevant du code du travail était assurée par le régime de protection contre la maladie pour un taux de cotisation patronale de 2%.

Ce régime avait été créé par le législateur malien à travers la loi **N°62-68/AN-RM du 9 août 1962** portant code de prévoyance sociale qui stipule en son article 39(2) que « Tout employeur doit assurer ses salariés à un service médical qui les dispense, avec leur famille, des soins en attendant l'institution d'un régime d'assurance maladie ».

Les prestations de ce régime de « protection contre la maladie » se manifestaient par les soins des Centres Médicaux Interentreprises (CMIE) que l'Institut National de Prévoyance Sociale a ouverts ou conventionnés à travers le pays.

Au niveau des travailleurs de la fonction publique, la situation se caractérisait par l'absence de dispositif formel de

couverture médicale. C'est ainsi que les fonctionnaires malades se soignaient dans des centres de santé intégrés à leur service pour ceux qui en ont. Les autres se soignent sur fonds propre ou, pour des cas graves, sollicite une évacuation sanitaire. Le taux de l'Assurance Maladie Obligatoire a été renforcé par rapport au régime de protection contre la maladie parce que l'AMO élargit le champ d'intervention de l'ancien régime sur trois aspects :

- **Au niveau des assujettis** qui ne se limitent plus aux travailleurs relevant du code du travail mais concerne aussi les fonctionnaires civils et militaires, et les parlementaires;
- **Au niveau des services prestataires** qui ne se limitent plus aux CMIE mais à tous les centres de santé conventionnés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie;
- **Au niveau des actes sanitaires** qui couvrent désormais tous les soins ambulatoires et d'hospitalisation à l'exception des soins esthétiques, de la lunetterie et de la dentisterie.

2.6.3 Historique de la mise en place de l'AMO [14]

En 2003 :

Organisation de journées de réflexion sur la protection sociale dans le secteur public, privés et informels.

Ces journées ont suggérés la mise en place d'un mécanisme de prise en charge de la maladie. La réalisation d'une étude de base pour recueillir des données sur l'état de la prise en charge de la maladie au Mali. Cette étude a proposée un certain nombre de scénarii et des mesures pratique sur la mise en place de l'AMO et du FAM.

En 2004 :

Organisation des 1^{ère}s journées de concertation sur l'AMO et le FAM suite à la réalisation de l'étude de base.

A cette occasion, les services publics, les partenaires sociaux et la société civile ont fait des recommandations sur des modalités de prendre en compte pour la conduite des étapes ultérieures et la mise en place d'une mission sur l'AMO et le FAM et la réalisation d'études complémentaires.

En 2006 :

Organisation, les 3 et 4 avril, des journées de concertations sur l'AMO et le FAM. Ce qui a permis de débattre sur les résultats des études institutionnelles et techniques sur l'AMO et le FAM et d'affiner certains paramètres techniques (cotisation, taux de cotisation et leur prise en charge entre l'employeur et le salarié, estimation des enjeux financier, coût des investissements nécessaires pour le démarrage des dispositifs).

En 2007 :

Organisation de concertations nationales sur les projets de textes devant instituer l'Assurance Maladie Obligatoire et le régime d'assistance médicale (lois et décrets).

En outre, trois groupes de travail (juridique, financier et médico-pharmaceutique) comprenant les représentants des départements ministériels, les acteurs sociaux et la société civile ont travaillé pendant trois mois sur les autres aspects techniques et organisationnels de l'AMO.

2.6.4 **Les difficultés de mise en œuvre de l'assurance maladie**

[7]

L'assurance maladie est considérée comme un moyen très efficace pour garantir l'accès équitable de la population aux services de santé. Près de la moitié des pays industrialisés ont choisi l'assurance maladie comme système de financement de la santé. A ce titre quatre grandes raisons résument les difficultés de mise en œuvre:

Premièrement, c'est qu'il peut être très difficile de faire accepter par la population la règle fondamentale de l'assurance maladie, qui est de garantir des prestations de santé similaires à ceux qui ont des besoins de soins de santé similaires, indépendamment du montant des cotisations versées.

En fait, ce problème se pose avec beaucoup d'acuité lorsqu'il existe dans un pays une forte inégalité des biens et des revenus. Si les cotisations à l'assurance maladie doivent correspondre à un certain pourcentage du revenu, il est évident qu'elles différeront très sensiblement d'un ménage à l'autre;

Deuxièmement, les régimes d'assurance maladie doivent garantir à leurs membres qu'ils percevront réellement les prestations d'assurance maladie promises.

Cela implique que les services de santé qui sont un élément de l'ensemble des prestations d'assurance maladie doivent exister ou être créés par les caisses d'assurance maladie. Il est évident que les infrastructures des services de santé, les ressources humaines et les autres composantes nécessaires des services de santé, comme les médicaments et les examens de laboratoire, doivent toutes être en mesure de

produire les services sanitaires appropriés. Si ces services sanitaires ne peuvent pas être fournis, cela n'a guère de sens de mettre sur pied un régime d'ASM.

Si un Etat entreprend malgré tout d'instaurer un tel régime, il se rendra vite compte que la confiance de la population fera défaut, ce qui entraînera des comportements de non-respect des règles, tels que le refus de verser les cotisations;

Troisièmement, les pouvoirs publics peuvent ne pas encore disposer des capacités administratives ou d'encadrement pour établir et mettre en œuvre un régime d'assurance maladie;

La direction de l'assurance maladie a toutefois des chances de succès accrues lorsqu'elle a une bonne connaissance des principes de base de l'assurance maladie. Il lui est alors possible d'expliquer ces principes à la population. Par exemple, elle peut expliquer aux affiliés qu'un certain nombre d'entre eux, ceux qui sont en très bonne santé, peuvent ne pas toujours « Bénéficiaire » régulièrement des services de santé assurés, pour la simple raison qu'ils n'en ont pas besoin.

Même les affiliés dits bien portants doivent être convaincus qu'un jour ils pourraient être victimes d'une maladie ou d'un accident grave, à l'occasion duquel ils tireront pleinement profit du régime. C'est pourquoi il est indispensable que le régime lui-même contrôle les salaires et cotisations des affiliés ;

Quatrièmement, beaucoup de problèmes sociaux peuvent ne pas avoir été discutés ouvertement, ce qui est un problème propre aux pays où la liberté politique est limitée. Toutefois,

pour mieux évaluer les goulots d'étranglement mais aussi les opportunités, il faut qu'il y ait un débat politique et scientifique au plus haut niveau.

2.6.5 **Principes de fonctionnement de l'AMO** [10]

L'Assurance Maladie Obligatoire est fondée sur les principes de la solidarité, de la contribution, de la mutualisation des risques et du tiers-payant. Les assurés et leurs ayants-droits doivent être couverts sans discrimination liée à l'âge, au sexe, à l'activité, à la contribution, à la résidence et aux antécédents pathologiques.

La couverture des charges au régime de l'AMO est assurée par une double cotisation patronale et ouvrière dont la part ouvrière ne peut dépasser 50% du taux global. Quant aux retraités et aux travailleurs indépendants, la couverture des frais est assurée par une cotisation unique à la charge de l'assuré.

2.6.6 **Affiliation des employeurs** [10]

L'ouverture du droit aux prestations de l'AMO est subordonnée à l'affiliation et au paiement préalable des cotisations sociales retenues à la source par l'employeur.

Six (6) mois de stage continu est obligatoire pour l'ouverture des droits à l'Assurance Maladie Obligatoire.

Est obligatoirement affilié au régime de l'AMO toute personne physique ou morale, publique ou privée, laïque ou religieuse employant un ou plusieurs travailleurs salariés sont assujettis au régime en tant qu'employeurs :

- Les institutions, les administrations d'Etat, et des collectivités;

- Les employeurs de personnels relevant du code du travail;
 - Les organismes de gestion des retraites (CMSS, INPS);
- Dans les huit (8) jours suivant la première embauche de personnel, l'ouverture, l'acquisition ou la reprise de l'entreprise, l'employeur est tenu d'adresser une demande d'immatriculation à la CANAM à travers un imprimé fourni qui recense les éléments suivants :
- La dénomination ou raison sociale;
 - La forme juridique;
 - L'adresse complète;
 - La date de prise de service ou d'embauche du personnel;
 - L'effectif du personnel;
 - La nature de l'activité.

Il est attribué à chaque employeur, à chaque assuré et à leurs ayants droit un numéro d'immatriculation auprès de la CANAM dans les 30 jours suivant sa déclaration.

Toute modification de l'effectif ou tout changement d'adresse doit être notifié à la CANAM.

2.6.7 **Immatriculation des bénéficiaires** [10]

Les bénéficiaires du régime de l'AMO sont les travailleurs assujettis et leurs ayants droit.

Les assujettis sont constitués par :

- Les parlementaires;
- Les fonctionnaires civils et militaires;
- Les travailleurs relevant du code du travail;
- Les travailleurs indépendants immatriculés à l'INPS;
- Les retraités titulaires de pensions à la CMSS ou à l'INPS.

Toute personne salariée doit être immatriculée à la CANAM.

Sont aussi assimilés aux travailleurs, en termes d'immatriculation, les personnes titulaires d'un contrat d'apprentissage ou de qualification dans les conditions fixées par le code du travail.

Les ayants droit concernés par l'AMO sont :

- Les conjoints des assurés;
- Les enfants à charge : De 0-14 ans et de 14-21 ans pour les élèves et les étudiants sans limite d'âge pour les enfants infirmes en état d'incapacité permanente;
- Les ascendants directs dépendant de l'assuré.

Sont considérés comme ascendants directs, le père et la mère de l'assuré, ne bénéficiant pas à titre personnel du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Si les ascendants sont ayants droit de plusieurs assurés, ceux-ci restent rattachés au premier assuré qui les a déclarés.

Toutefois, si ce premier assuré cesse d'ouvrir droit aux ascendants, ils peuvent être transférés au compte d'un autre descendant assujetti. Lorsque les enfants sont immatriculés par les deux parents assujettis, ceux-ci choisissent de commun accord le parent auquel chaque enfant sera rattaché.

2.6.8 **Immatriculation du salarié** [10]

Le salarié est subordonné à une demande de son employeur ou de lui-même sur un imprimé fourni par la CANAM.

Lors de son immatriculation, l'assuré doit déclarer, par la suite, ses ayants droit avec les pièces d'état civil requises :

- Actes de naissance de l'assuré, du conjoint, des enfants, des ascendants;
- Acte de mariage de l'assuré;

- Certificat de vie des enfants de moins de 14 ans;
- Certificat de scolarité des enfants 14 – 21 ans;
- Certificat médical des enfants handicapés;
- Attestation de dépendance des parents.

L'immatriculation des bénéficiaires (assurés et ayants droit) par la CANAM doit intervenir dans les 30 jours de la demande.

Elle consiste à enregistrer le bénéficiaire et à lui octroyer un numéro d'assuré social assorti d'une carte d'assurance maladie pour chaque bénéficiaire. La carte d'assuré est valable sur toute l'étendue du territoire malien et doit être présentée à chaque praticien conventionné pour solliciter les soins dus au titre de l'AMO. En cas de doute sur l'identité de l'assuré, le prestataire de santé est en droit d'exiger une pièce d'identité corroborant avec la carte d'assuré. En cas de perte de la carte, la CANAM, à la demande de l'assuré, établit une nouvelle carte d'assuré contre le paiement d'une somme forfaitaire fixée par le Conseil d'Administration. La carte d'assuré est invalidée par la CANAM lorsque le bénéficiaire perd le droit aux prestations de l'AMO. Dans ce cas, il est tenu de restituer ladite carte à la CANAM.

2.7 **Les catégories de population couvertes par la CANAM**

Dans le système d'assurance maladie, il ne suffit pas de regarder simplement le pourcentage de la population couverte mais de voir les différentes catégories de population.

Plus large est la représentation, meilleure est la performance du système. A cet indicateur, nous pouvons y associer aussi celui de l'équité, l'affiliation aux régimes d'assurance maladie

ne doit pas être réservée aux plus aisés mais également être possible pour les plus vulnérables. Outre cette participation des différents groupes au régime d'assurance maladie, les contributions doivent être définies par rapport aux revenus des assurés.

Le cas précis du Mali montre que toutes les catégories de populations sont concernées.

Pour les fonctionnaires de l'Etat les cotisations sont prélevées directement sur leurs salaires.

Pour les retraités, la cotisation est assise sur les pensions servies à l'exception de la retraite complémentaire souscrite en plus des obligations légales.

Pour les travailleurs indépendants (secteur informel), la cotisation est assise sur le revenu forfaitaire déclaré.

Cependant, le ticket modérateur qui est à charge de l'assuré et qui est égal à un pourcentage des frais de santé ou de maternité reçus par le patient tient compte de l'aspect de solidarité et de progressivité.

2.8 **Les prestations couvertes par la CANAM [10]**

Au Mali, les prestations couvertes par l'Assurance Maladie Obligatoire ne sont pas décrites par niveau de soins mais plutôt par types de services. Il s'agit notamment des soins externes ou ambulatoires, les hospitalisations, les produits pharmaceutiques.

Les évacuations sanitaires à l'étranger et les appareillages ne sont pas couverts par l'AMO.

Une bonne performance dans la couverture de soins se définit par l'efficacité et l'équité dans le paquet de services

offerts aux assurés. Les services couverts par la CANAM tels que mentionnés ci-dessous montrent que toutes les catégories des populations ont accès aux mêmes paquets d'activités.

L'Assurance Maladie Obligatoire donne droit à la prise en charge des frais liés aux soins curatifs, préventifs et de réhabilitation requis par la santé ou la maternité du bénéficiaire.

Ces actes de santé doivent couvrir les soins ambulatoires et les soins d'hospitalisation.

2.8.1 **Les soins ambulatoires**

Les consultations médicales générales ou spécialisées sont remboursées à hauteur de 70% et les 30% restantes sont supportés par le patient sous forme de ticket modérateur.

Ils concernent les traitements requis par l'état de santé d'un bénéficiaire non hospitalisé. Il s'agit de consultations de médecine générale ou spécialisée ; de soins infirmiers; d'analyses et d'examens de laboratoire ; de petite chirurgie; d'imagerie médicale, de soins dentaires sans les prothèses, de soins ophtalmologiques sans lunetterie. En dehors d'une autorisation préalable de la CANAM, ne seront pas pris en charge :

- Plus d'une consultation pour la même affection en moins de 24 heures en dehors de l'assistance médicale d'urgence;
- Plus d'une consultation de la même discipline médicale en moins de 7 jours en dehors de l'assistance médicale d'urgence;

- les renouvellements d'ordonnance sans prescription médicale;
- Plus de 3 échographies obstétricales au cours de la grossesse en dehors de pathologie fœtale ou maternelle établie;
- Les prescriptions de médicaments par précaution de voyage ou de kits d'urgence.

2.8.2 **Les soins de maternité**

Concernent les frais médicaux, pharmaceutiques, de laboratoire et d'hospitalisation liés à la grossesse et à l'accouchement d'une bénéficiaire de l'AMO. La prise en charge est ouverte à compter de la déclaration par la bénéficiaire jusqu'à la 8^{ème} semaine de la délivrance incluant les complications éventuelles liées à la grossesse. Pour bénéficier des prestations de maternité, la femme bénéficiaire doit subir trois examens prénataux réalisés respectivement au 3^{ème} mois, au 6^{ème} mois et au 7^{ème} ou au 8^{ème} mois de la grossesse.

2.8.3 **Les hospitalisations**

Sont remboursées à hauteur de 80% et les 20% restants sont à la charge du patient. Les soins d'hospitalisation concernent les hospitalisations simples et les hospitalisations avec intervention chirurgicale ; les examens de laboratoire à l'exception de la chirurgie esthétique. Il s'agit précisément de frais d'hôtellerie médicale, des actes médicaux et chirurgicaux sur le bénéficiaire hospitalisé, des frais de transport au centre de santé ; d'évacuation sur un autre établissement sanitaire et de retour au domicile du patient par ambulance.

Ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire

- La lunetterie;
- L'acupuncture;
- L'homéopathie;
- La mésothérapie;
- La thalassothérapie;
- Les cures thermales;
- La chirurgie esthétique;
- Les prothèses dentaires;
- Les prestations de la médecine douce (ou médecine traditionnelle).

2.8.4 **Les mécanismes de contrôle**

La CANAM a engagé des agents de guichets permanents pour les structures de santé. Ces derniers s'occupent de l'accueil, de la vérification des cartes, des récépissés, la vérification de la liste des cotisants assurés, ainsi que la remise de l'imprimé de l'AMO avant l'accès aux soins de santé.

Des médecins, chirurgiens, dentistes assurent le contrôle médical et les pharmaciens s'occupent de la dispensation des médicaments aux assurés pour le compte de l'organisme de gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire.

A ce titre ces agents sont chargés de :

- Effectuer les contrôles relatifs aux assurés hospitalisés ;
- Autoriser la prise en charge de certains actes médicaux, paramédicaux et dentaires ainsi que celles des fournitures médicales dans la limite de la liste des prestations couvertes par l'Assurance Maladie Obligatoire;

- Vérifier la conformité de la tarification à l'acte prescrit;
- Evaluer périodiquement la qualité des soins;
- Constater, le cas échéant, les dérapages injustifiés de l'activité professionnelle du prestataire de santé.

Tout prestataire de santé signataire d'une convention avec l'organisme de gestion est tenu de permettre à celui-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 le libre accès aux établissements sanitaires signataires de convention avec l'organisme de gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire.

2.8.5 **Les feuilles de soins**

Les frais de soins délivrés par les établissements sanitaires ne sont pris en charge que si ceux-ci sont consignés sur des imprimés fournis par l'Organisme de Gestion appelés feuilles de soins. Les prescripteurs sont tenus de n'inscrire sur les feuilles de soins que les médicaments figurant sur la liste des médicaments admis à la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les feuilles de soins comportent des rubriques de renseignements dont l'indication conditionne l'ouverture des droits et la constatation des soins.

Ces rubriques font apparaître :

- Les noms, prénoms et l'identifiant de l'assuré;
- Les noms et prénoms de l'ayant droit bénéficiaires des actes ou prestations;
- Identification du prestataire ; sa signature ainsi que son code;

- La dénomination et le code d'identification de l'établissement dans lequel l'acte est effectué;
- Le montant des frais et celui de participation de l'assuré;
- La date à laquelle l'acte est effectué ou la prestation servie;
- Les numéros de code de l'acte figurant dans la nomenclature ;
- Les médicaments inscrits sur la partie réservée à la prescription.

L'accès aux médicaments lors de la présentation d'une ordonnance par un bénéficiaire auprès d'un pharmacien conventionné, il appartient au pharmacien de vérifier la conformité de l'identité du malade, la validité de l'ordonnance et le code du soignant qui a prescrit l'ordonnance.

La CANAM dispose d'une unité chargée du « Contrôle médical» qui procède au contrôle des factures et de toutes les prestations réalisées par les établissements sanitaires avant d'autoriser le paiement. Si les factures sont conformes par rapport au contrat, le paiement se fait dans les 15 jours « selon les clauses du contrat entre la CANAM et les pharmaciens d'officine conventionnaires » à compter de la date de réception du décompte, l'accusée de réception faisant foi. Les factures contestées par le contrôle médical de la caisse sont retournées à l'établissement qui engage un dialogue avec le contrôle médical pour examiner les factures contestées.

2.9 **Mesures à prendre pour éviter les risques liés à l'assurance maladie**

La mise en place d'une assurance maladie est une réforme importante mais qui nécessite un suivi rigoureux et une technicité judicieuse dans sa mise en œuvre.

Cette réforme se caractérise par un changement de comportement aussi bien des prestataires que des bénéficiaires qui doivent s'adapter à un nouveau système. Ce changement de comportement n'est pas sans risque, il a été constaté qu'il y a des contraintes et risques y afférents.

2.10 **Les risques et contraintes liés à la demande de soins**

L'assurance maladie entraîne une augmentation de l'utilisation des services de santé en réduisant la barrière financière qui en limite généralement l'accès surtout pour les plus pauvres. Ceci ne devra cependant pas masquer certains risques pour l'assurance liés à la demande de soins.

2.11 **Le risque de surconsommation de soins ou risque moral**

Il se traduit par le fait qu'un assuré peut chercher à consommer pour une pathologie donnée plus de soins que nécessaire, du fait de la couverture de ses dépenses par son assurance.

2.12 **Le risque de fraudes et d'abus**

Peut être généré par la stratégie de diffusion progressive de l'assurance maladie et la complicité entre assurés et non assurés pour que ces derniers profitent de la couverture de leurs dépenses de soins par l'assurance. Ce risque inclut l'utilisation abusive de l'assurance pour des soins inutiles.

2.13 **Le respect du schéma de référence**

Au sein de la pyramide sanitaire, le système de santé tel que décrit au Mali, montre qu'il est pyramidal à trois niveaux :

Périphérique, intermédiaire et central. Le dispositif sanitaire se caractérise également par une couverture géographique relativement bonne.

Cependant, dans les dispositifs de la CANAM, le respect du système de référence n'est pas envisagé, les membres de l'assurance ont la latitude de choisir les structures de santé de leurs choix et à n'importe quels niveaux de la pyramide sanitaire.

I. PHARMACIE ET EXERCICE OFFICINAL

L'exercice officinal a plusieurs composantes à savoir la dispensation du médicament mais aussi, la gestion et la préparation du médicament, l'information sur le médicament, la récupération des médicaments périmés, la prévention, l'éducation sanitaire, l'hygiène, la diététique etc.

3. Définition de la dispensation des médicaments

La dispensation des médicaments est acte pharmaceutique incluant l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, éventuellement la préparation du médicament et sa délivrance accompagnée du conseil pharmaceutique.

Elle a deux objectifs principaux :

- La procuration du médicament au patient et ;
- le conseil pour le respect des limites exigées par un usage rationnel.

1.1 Organisation et conduite de la dispensation

L'acte pharmaceutique de dispensation comporte les opérations suivantes :

3.1.1 Accueil du patient

L'accueil du patient est important, car la qualité du dialogue et la confiance en dépendent.

Le malade mérite considération, respect et gentillesse.

3.1.2 Analyse pharmaceutique

❖ Analyse réglementaires

Vérifier la recevabilité de l'ordonnance (authenticité, respect de la législation).

Doit figurer sur la prescription :

- L'identification du prescripteur : le nom, la qualification et l'adresse ;
- L'identification du patient : le nom, le prénom, le sexe, l'âge et le poids ;
- L'identification des médicaments : la dénomination, le dosage, la posologie et la voie d'administration ;
- La durée de traitement, le nombre d'unités de conditionnement ou le nombre de renouvellements de la prescription, la date et la signature.

❖ Analyse pharmaco-thérapeutiques

- Faire une lecture attentive de l'ordonnance et comprendre les objectifs thérapeutiques ;
- Contrôler attentivement la prescription,
- Vérifier :
L'absence de contre-indications et d'interactions médicamenteuses ;
Le respect des posologies en fonction du patient et de son état de santé ;

3.1.3 Délivrance des médicaments

- Faire un contrôle dans l'ordre de la prescription en vérifiant que les médicaments délivrés correspondent aux médicaments prescrits (nom, dosage, nombre de boîtes)
- Si l'ordonnance ne comporte pas la mention "non substituable", proposer les génériques en expliquant l'équivalence au patient et en mentionnant les noms de princeps/générique sur les conditionnements et l'ordonnance afin d'éviter toutes confusions.
- Inscrire de façon lisible les posologies sur l'ordonnance en les expliquant au patient.

3.1.4 Informations et conseils

- Expliquer au patient le rôle et le mode de prise de chaque médicament ;
- Prévenir de la survenue de certains effets indésirables en expliquant la conduite à tenir ;
- Promouvoir le bon usage des médicaments à l'aide de conseils sur les conditions de conservation, les précautions d'emploi et mises en garde ;
- S'assurer de la bonne compréhension du patient et qu'il n'a pas de questions à poser ;
- Effectuer un dernier contrôle afin de sécuriser la dispensation (relecture attentive).

1.2 Responsabilité du pharmacien dans la délivrance du médicament au public [22]

1.2.1 Responsabilité pénale

La mise en jeu de la responsabilité pénale du pharmacien vise à sanctionner un préjudice causé par celui-ci à un

individu ou à une collectivité. Ces fautes concernent des entorses à l'exécution des ordonnances de complaisance.

1.2.2 Responsabilité civile :

Cette responsabilité est engagée lorsque le pharmacien se rend coupable d'une faute ayant causé un préjudice à autrui.

1.2.3 Responsabilité disciplinaire :

Le pharmacien, en tant que membre d'une profession organisée en ordre est soumis à une déontologie propre aux pharmaciens.

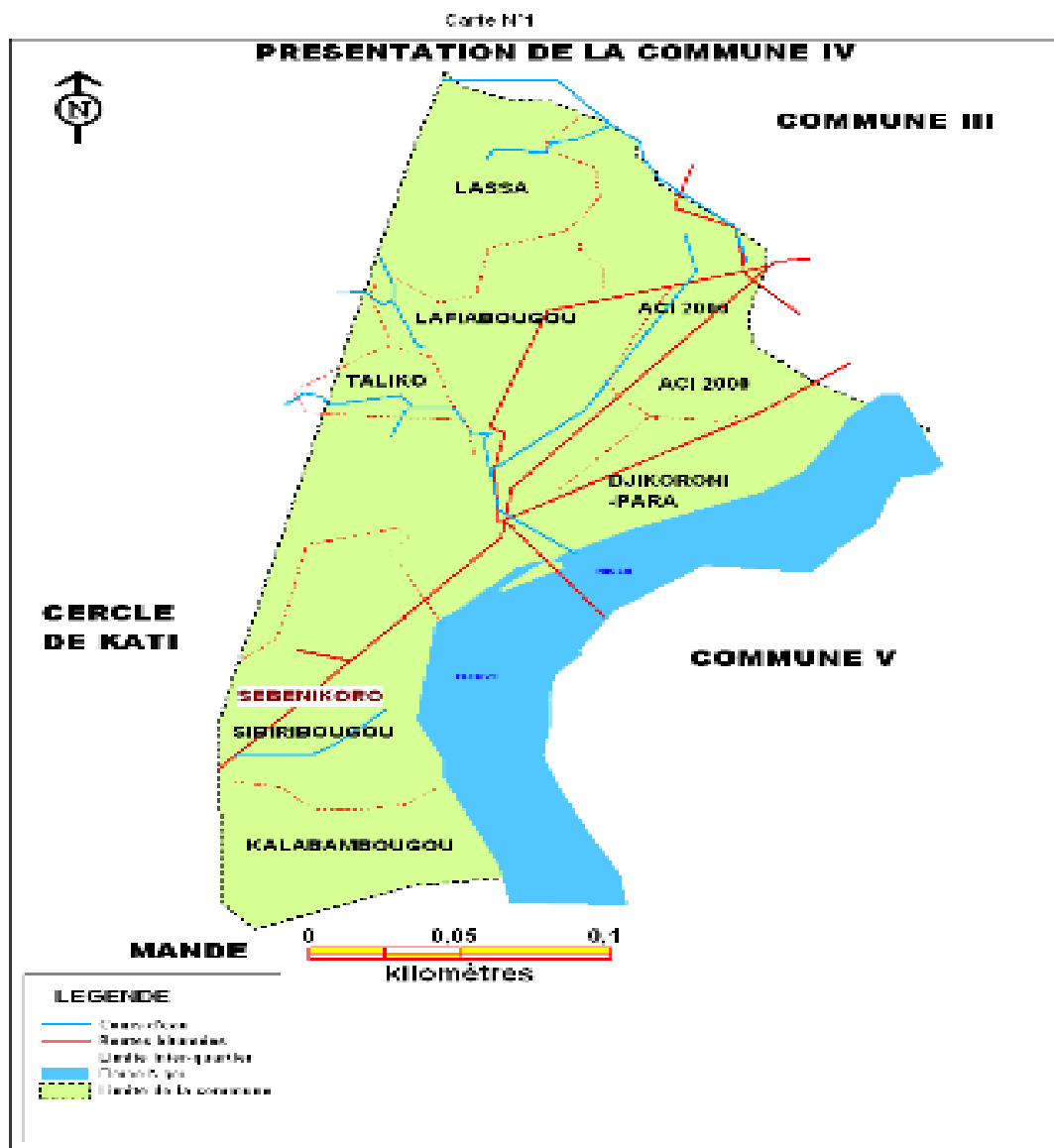
En cas de violation des dispositions déontologiques, il s'expose à une sanction disciplinaire. Les sanctions disciplinaires du pharmacien relèvent d'une juridiction professionnelle organisée en commission constituée par les pharmaciens membres du Conseil National de l'Ordre et un magistrat qui assure la présidence.

METHODOLOGIE

IV-METHODOLOGIE

4.1 Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans la commune IV du district de Bamako.



(Source PUS CIV mars 2001)

4.1.1 Historique de la commune IV

La commune IV du District de Bamako est une commune située sur la rive gauche du fleuve Niger.

Elle est limitée :

- A l'Ouest par la limite Ouest du District de Bamako qui fait frontière avec le cercle de Kati;
- A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III;
- Au Sud par le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III.

La commune IV couvre une superficie de 37,68 km² soit 14,11% de la superficie du District de Bamako, avec une population estimée à 347.342 habitants en 2013. (**Source DNSI**).

Elle est composée de huit quartiers : Djikoroni-para, Hamdallaye, Lafiabougou, Lassa, Sébénikoro Sibiribougou, Kalanbougou et Taliko.

4.1.1 Situation sanitaire de la commune IV.

La commune IV abrite de nombreuses structures sanitaires réparties dans leurs quartiers respectifs. Chacune de ces structures œuvre dans le sens d'une amélioration de l'état sanitaire de la population.

Elle porte en son sein un centre de santé de référence, neuf (9) Cscm, une (1) maternité, des structures privées dont huit (8) cliniques et ou polycliniques, seize (16) cabinets médicaux, 2 cabinets dentaires, sept (7) centres de santé socio-humanitaires, un (1) cabinet d'ophtalmologie, 1 cabinet de sage femme.

(Source : PDS CIV 2010-2014).

La commune IV comptait trente-huit (38) officines privées de pharmacie : Source » Programme de garde établi par le SYNAPPO de janvier à juin 2014 ».

4.2 Type et durée d'étude :

Notre étude a été rétrospective du 1^{er} septembre au 30 novembre 2014.

4.3 Cadre d'étude :

L'étude a concerné les ordonnances servies dans dix-sept (17) officines privées sur vingt-deux (22) dans la commune IV qui sont en convention avec la CANAM dans le cadre de l'AMO.

4.3.1 Choix des établissements :

Toutes les officines privées conventionnées dans la commune IV ont été choisies durant notre étude selon la liste des officines reçue par la CANAM.

4.3.2 Choix des ordonnances :

Les ordonnances choisies ont été celles exécutées durant la période allant 01^{er} juin au 31 août 2014.

4.4 Echantillonnage :

Notre étude a porté sur **850** cas de dispensation dont **522** cas pris en charge par le régime de la CMSS et **328** cas par le régime de l'INPS. Les ordonnances retenues pour l'enquête sont celles répondant à nos critères et objectifs.

Le nombre a été proportionnellement de cinquante (50) ordonnances par officine.

4.4.1 Critères d'inclusion :

Sont incluses dans notre étude :

- Les ordonnances des malades assurés venant des structures de santé conventionnées à l'AMO servies dans les dix-sept (17) officines.
- Les médicaments répertoriés dans la liste AMO.
- Le reliquat des produits prescrits sur les feuilles de soins pharmacie.

4.4.2 Critères d'exclusion :

Sont exclues de notre étude :

- Les ordonnances AMO ne présentant pas de cachet sec (cachet blanc sans encre);
- Les ordonnances ordinaires;
- Les médicaments non répertoriés sur la liste AMO.

4.5 Recueil des données :

Une fiche d'enquête a été établie pour collecter les données en tenant compte des critères d'inclusion, d'exclusion et aussi des objectifs de notre étude. Le questionnaire a été rempli par l'étudiant même. Nous avons en notre possession une lettre signée par le président du CNOP (Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens).

4.6 Traitement informatique

On a utilisé :

- Microsoft Office Word 2007 pour la confection du questionnaire.
- Saisie et l'analyse des données par le logiciel SPSS 18.0.
- Microsoft Office Excel 2007 pour la confection des tableaux.

RESULTATS

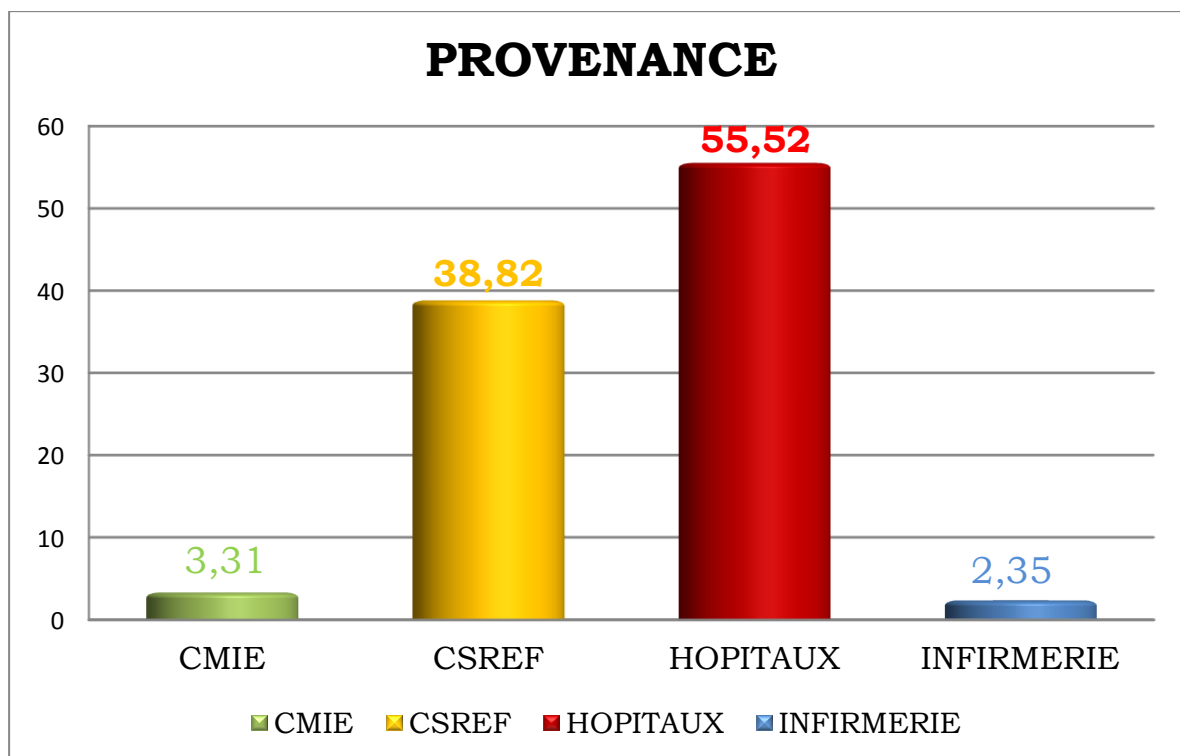
V- RESULTATS

Courant notre étude les officines privées conventionnées à la CANAM dans la commune IV dans le cadre de l'AMO étaient au nombre de **vingt-deux (22)** officines de pharmacies. Parmi ces **vingt-deux (22)** officines, **cinq (05)** officines n'ont pas participées à l'étude dont **trois (03)** avaient suspendu leur participation au moment de notre passage pour des raisons particulières à savoir :

- Le non paiement des factures conformément aux clauses du contrat avec la CANAM;
 - Le rejet de factures par erreurs d'identification des malades.
- Toutes ces trois officines ont signalé un même point commun. Les motifs des **deux (02)** officines restantes étaient : l'absence d'un pharmacien pour raison de voyage et de l'autre, pour faute de temps de chercher des ordonnances.

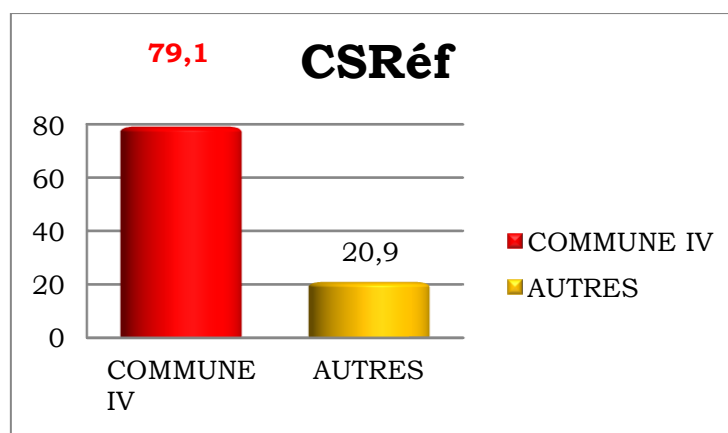
L'analyse de notre étude a commencé par la vérification de la présence du cachet sec. Il ressort de notre étude que toutes les ordonnances ont portée le cachet sec, comme indiqué dans les critères d'inclusion.

GRAPHIQUE I : Répartition des ordonnances selon les établissements de provenance.



La majorité ordonnances provenaient des Hôpitaux **55,52%** .

GRAPHIQUE II : Répartition des ordonnances selon les Centres de Santé de Référence.



Le Centre de Santé de Référence de la commune IV est le plus représenté avec **79, 1 %**.

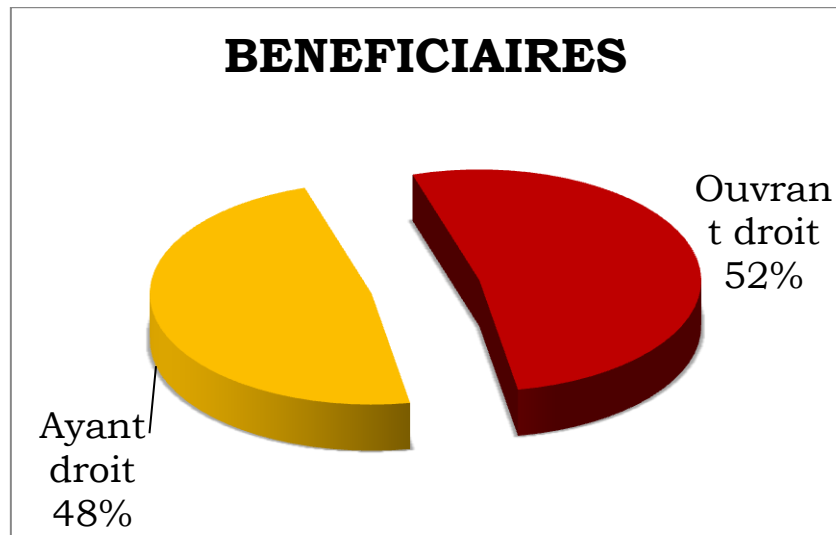
Autres : Centre de Santé de référence de la commune : I ; II ; III ; V ; VI ; Centre de Santé de référence de Koulikoro et de Kati.

TABLEAU I : Répartition des ordonnances selon l'Organisme de Gestion Délégué (OGD).

Couverture	Effectif	Pourcentage %
CMSS	522	61,42
INPS	328	38,58
Total	850	100

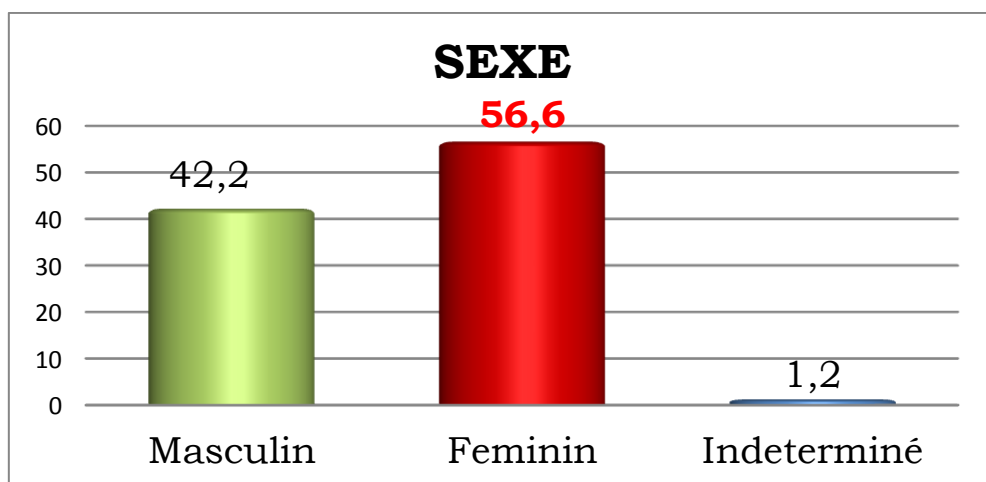
La majorité des malades étaient couvertes par la C.M.S.S **61,42%**.

GRAPHIQUE III : Répartition des ordonnances selon les bénéficiaires.



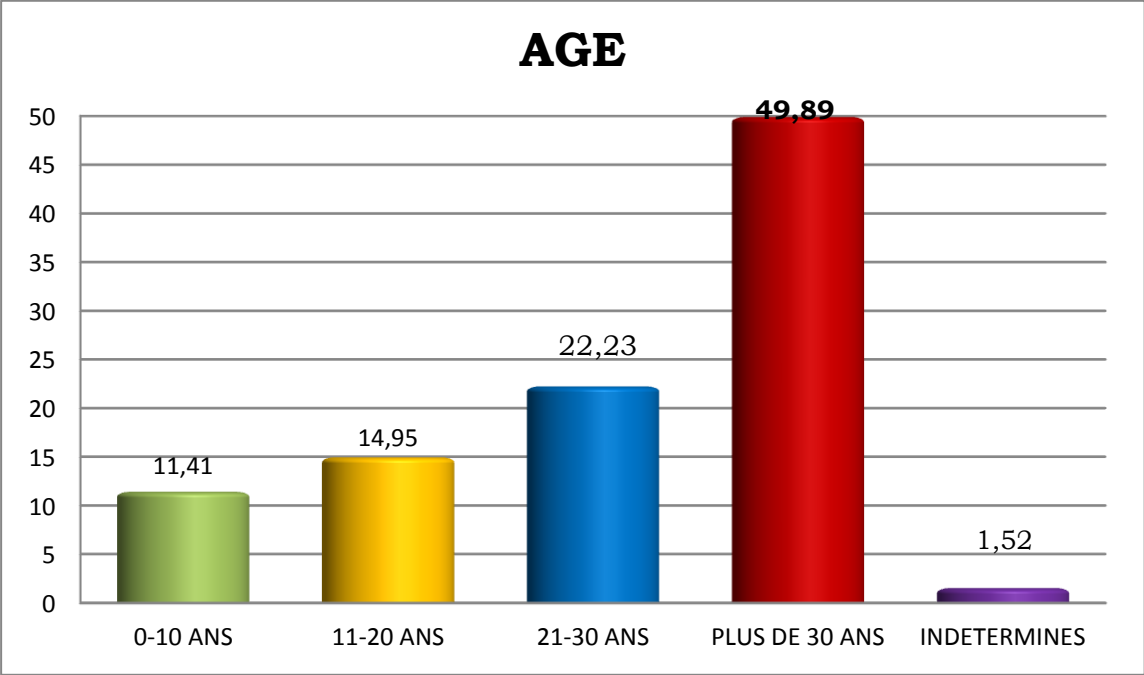
Nous remarquons que **52,1%** des malades étaient des souscripteurs même de l'AMO tandis que 47,9 % bénéficient à partir d'un ayant droit.

GRAPHIQUE IV : Répartition des ordonnances selon le sexe.



Le sexe féminin prédomine avec **56,6 %**.

GRAPHIQUE V : Répartition des ordonnances selon l'âge.



La majorité des malades étaient âgés de plus de **30 ans** avec un âge moyen de **20 ans**.

TABLEAU II : Répartition des ordonnances selon l'activité du malade

Activités	CMSS	INPS	Effectif	Pourcentage (%)
Agents de sante	16	–	16	1,9
Elèves/ Etudiants	77	39	116	13,7
Enfants / Nouveau Né	30	7	37	4,3
Fonctionnaires	68	33	101	11,8
Ouvriers	–	15	15	1,8
Ménagères	35	19	54	6,3
Retraités	26	16	42	5
Autres	270	199	469	55,2
Total	522	328	850	100

Les ordonnances ne comportant pas d'activités professionnelles ont été les plus représentées avec **55,2%** contre **1,8%** pour les ouvriers.

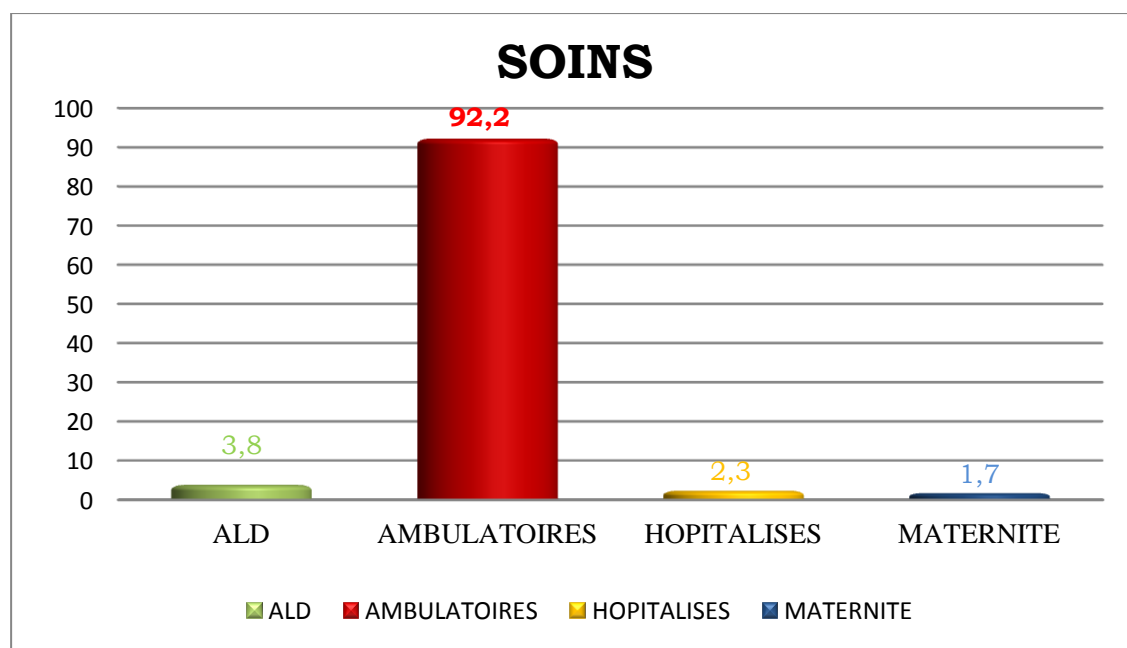
TABLEAU III : Répartition des ordonnances selon les services.

Services	Effectif	Pourcentage (%)
Cardiologie	83	9,8
Dermatologie	53	6,3
Gynécologie	47	5,5
Maternité	44	5,2
Médecine générale	348	40,9
Pédiatrie	87	10,2
Autres	188	22,1
Total	850	100

Le service de médecine générale a prescrit plus d'ordonnance soit **40,9 %**.

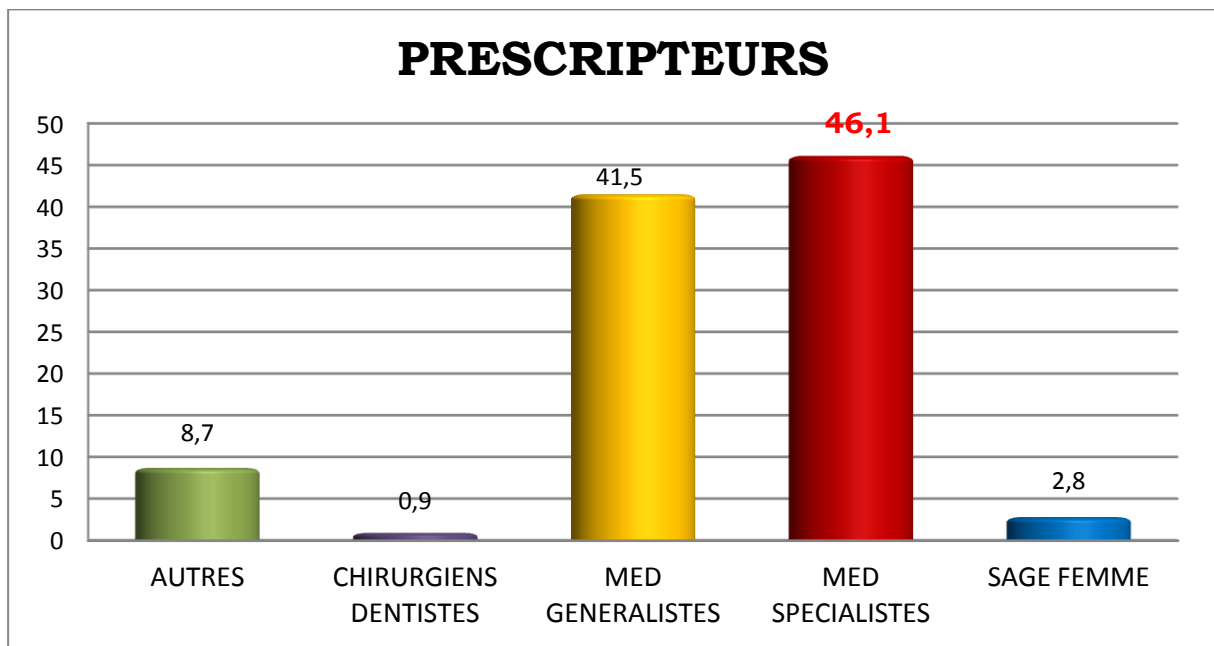
Autres: Chirurgie; Gastrologie; Kinésithérapie; Médecine Interne; Néphrologie; Neurologie, Ophtalmologie ; Pneumologie; Urgences, Urologie; Réanimation; Traumatologie

GRAPHIQUE VI : Répartition des ordonnances selon les types de soins.



Les malades ambulatoires sont les plus représentés avec **92,2 %**.

GRAPHIQUE VII : Répartition des ordonnances selon les profils de prescripteurs.



Les médecins spécialistes étaient les plus représentés **46,1** %.

Médecins Spécialistes : Cardiologue, Dermatologue, Diabétologue, Gastroentérologue, Gynécologue, Médecin Interne, Ophtalmologue, Pédiatre, Praticiens Hospitaliers

TABLEAU IV : Répartition des ordonnances selon qu'elles comportent ou non le cachet et la signature des prescripteurs.

Cachet/ Signature	CMSS	INPS	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	419	294	713	83,88
Non	103	34	137	16,12
Total	522	328	850	100

On remarque que **16,12%** des ordonnances ne comportent ni cachet ni signature des prescripteurs.

TABLEAU V : Répartition des ordonnances selon la précision de la posologie.

Posologie	Effectif	Pourcentage (%)
Avec posologie	637	74,9
Sans posologie	213	25,1
Total	850	100

Le tableau nous montre que **25,1%** des ordonnances ne précisent pas de posologie des médicaments.

TABLEAU VI : Répartition des ordonnances selon les rajouts de médicaments sur les prescriptions.

Ordonnances	Effectif	Pourcentage (%)
Rajouts	39	4,58
Pas de rajouts	811	95,42
Total	850	100

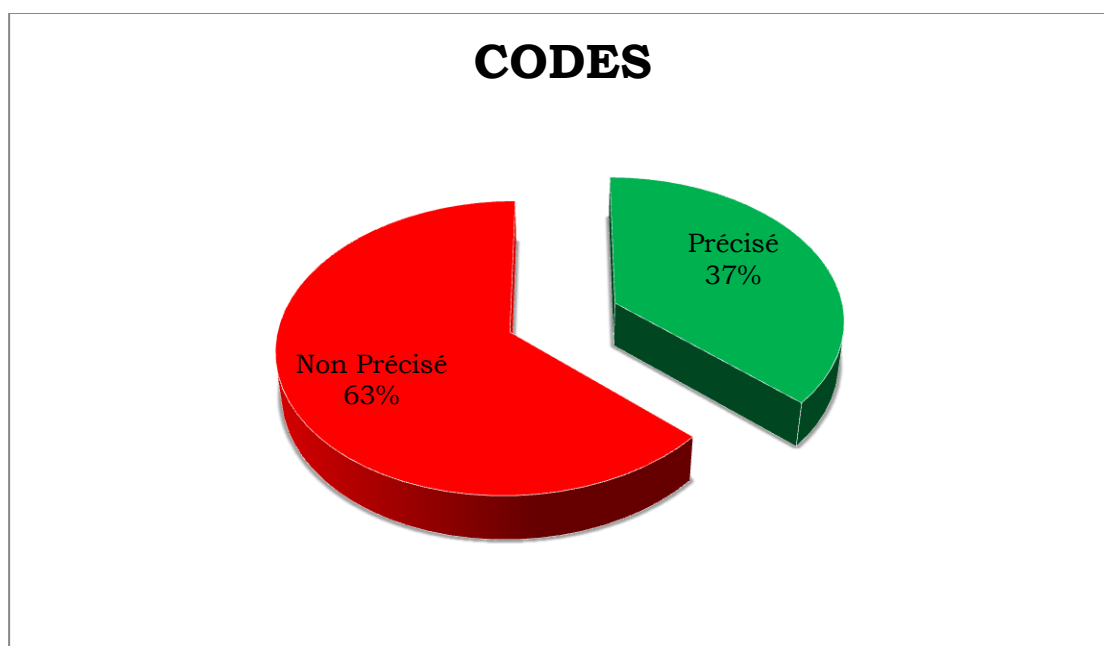
Le tableau nous montre que **4,58%** des ordonnances présentent des rajouts de médicaments.

TABLEAU VII : Répartition des ordonnances selon la présence de ratures.

Ordonnances	Effectif	Pourcentage (%)
Ratures	67	7,88
Pas de ratures	783	92,12
Total	850	100

On constate que **7,88%** des ordonnances présentent des ratures.

GRAPHIQUE VIII : Répartition des ordonnances selon la présence du code des prescripteurs.



La majorité des ordonnances ne précisent pas de code des prescripteurs.

TABLEAU VIII : Répartition des ordonnances selon la précision du cachet et la signature de l'établissement de provenance.

Cachet/signature	Effectif	Pourcentage (%)
Précisé	443	52,11
Non précisé	407	47,89
Total	850	100

Près de la moitié des ordonnances soit **47,89%** n'ont pas portés de cachets et signatures de l'établissement de provenance

TABLEAU IX : Répartition des ordonnances selon la précision du code de l'établissement de provenance.

Codes	Effectif	Pourcentage (%)
Précisé	832	97,88
Non précisé	18	2,12
Total	850	100

Il apparait sur ce tableau que **2,12%** des ordonnances ne précisent pas de code de l'établissement de provenance.

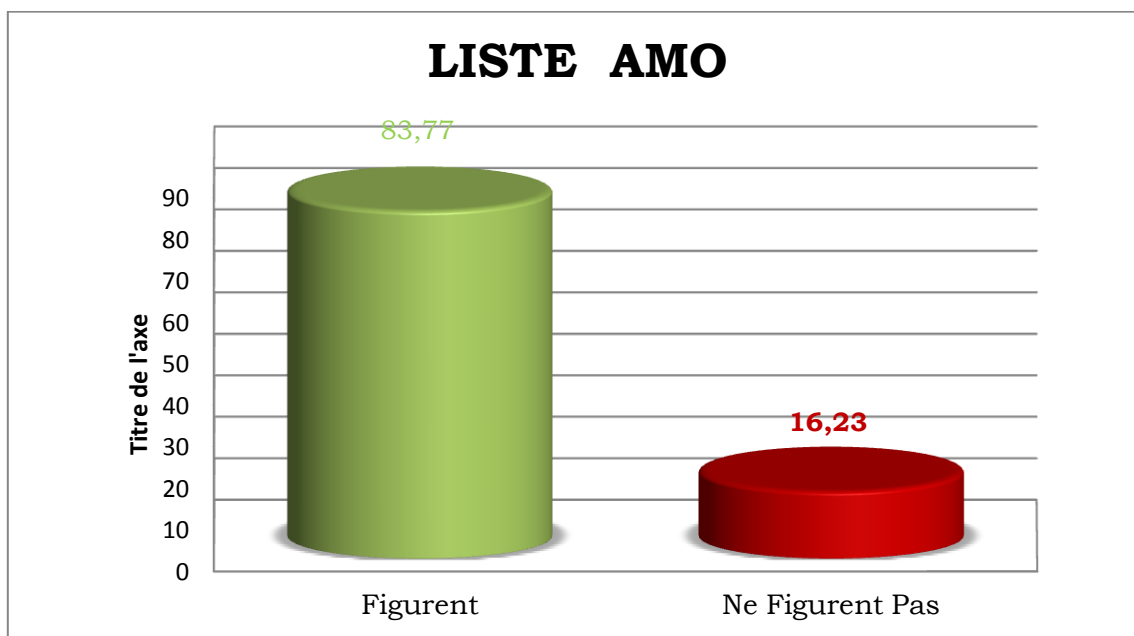
TABLEAU X : Répartition des ordonnances selon le Coût

Ordonnances	Minimum (CFA)	Moyenne (CFA)	Maximum (CFA)
Ticket modérateur	255	3.695	20.610
Part AMO	595	8.625	48.090
Total	850	12.320	68.700

Le tableau nous montre que le montant minimum pour l'achat

des ordonnances a été de **850 FCFA** et le maximum de **68.700 FCFA** avec une moyenne de **12.320 F CFA**.

GRAPHIQUE IX : Répartition des ordonnances selon la prescription des médicaments ne figurant pas sur la liste AMO



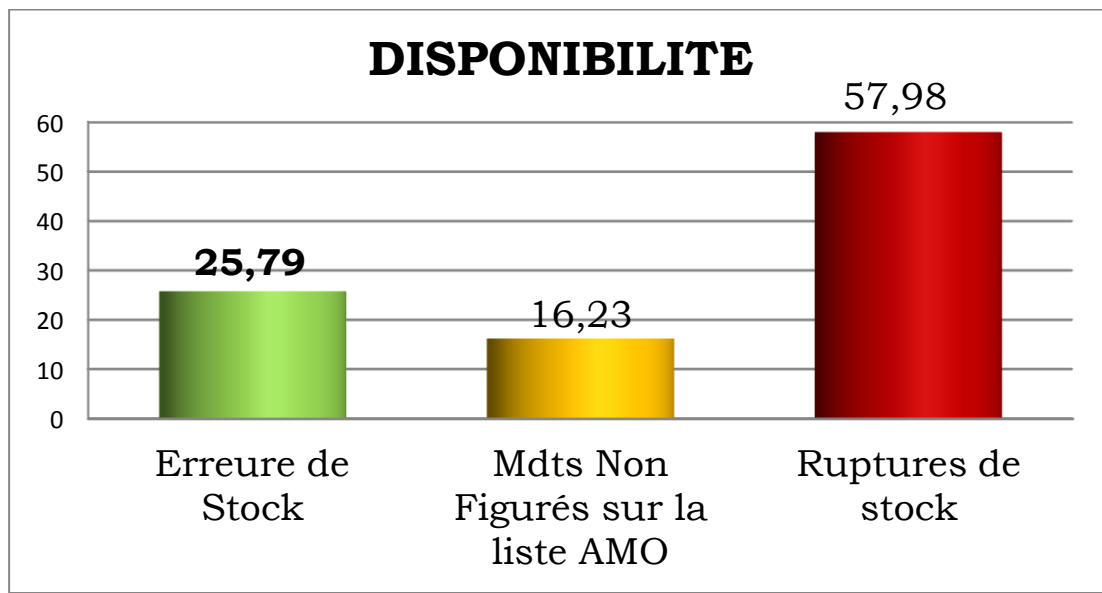
On remarque que **16,23%** des médicaments prescrits ne figurent pas sur la liste AMO.

TABLEAU XI : Répartition des ordonnances selon les médicaments présentant une différence de prix

Différence de Prix	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	154	18,1
Non	696	81,9
Total	850	100

On constate dans ce tableau que **18,1%** des médicaments prescrits présentent une différence de prix par rapport au prix plafond des médicaments autorisés par la CANAM.

GRAPHIQUE X : Répartition des ordonnances selon la disponibilité des médicaments



On constate que **25,79%** des médicaments prescrits présentent des erreurs de stock.

TABLEAU XII: Répartition des ordonnances selon le nombre de médicaments prescrit.

Nombres de médicaments	Effectif	Pourcentage (%)
1	36	4,23
2	29	3,4
3	98	11,52
4	250	29,4
5	140	16,5
6	108	12,7
7	142	16,7
8	8	0,95
9	11	1,3
10	13	1,5
11	5	0,6
12	4	0,5
13	6	0,7
Total	850	100

Le nombre moyen de médicament par ordonnance était 4,95. Avec un minimum de 1 et un maximum de 13.

TABLEAU XIII : Répartition des ordonnances selon les médicaments totalement servis.

Ordonnances totalement servies	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	584	68,70
Non	266	31,30
Total	850	100

Les ordonnances totalement servies représentent **68,70%** des prescriptions.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

L'étude s'est déroulée dans la commune IV du District de Bamako précisément dans **vingt-deux (22)** officines privées en convention avec la CANAM dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire de septembre à novembre 2014.

Dans la période citée le District de Bamako comptait **179** officines de pharmacie conventionnées à l'AMO réparties entre les six (06) communes dont **(22)** officines en commune IV.

Notre choix est porté sur la commune IV pour des raisons financières.

1. Données socio démographiques

i. Age

A propos des éléments de notre étude, sur les 850 ordonnances enregistrées, la fréquence totale des ordonnances qui portent l'âge du patient est de **98,48%**. Parmi ces patients, **49,89%** sont âgés de plus de 30 ans. Ce résultat est supérieur à celui de **M.A. HAJJI** qui a reçu **43%**. En effet dans cette tranche d'âge les personnes concernées semblent à même de faire face aux charges familiales.

ii. Sexe

Il ressort de notre étude une nette prédominance de sexe féminin **56,6%** « **Données concordantes avec la répartition de la population par sexe dans les communes au Mali, selon une enquête menée en 2013** » où les femmes sont effectivement majoritaires. Ce taux est similaire à celui de **M.A. HAJJI** qui dans son étude en 2014 au Maroc sur « Evaluation du régime d'assistance médicale au centre

hospitalier préfectoral de Salé » a reçu **56%** de patients de sexe féminin [8], par contre est supérieur à l'étude de **DARRIER** sur « Recours aux soins primaires des africains d'origine subsaharienne en Ile de France » qui affiche **42,67%** [4].

On constate que les femmes utilisent plus fréquemment les services de soins de santé que les hommes en raison de leurs besoins en santé génésique, de leurs taux plus élevés de maladies chroniques et de leur espérance de vie supérieure.

Aussi au Mali, la plupart des pensionnaires sont les épouses des défunts retraités des services publics.

iii. Activité du malade

Dans notre étude, on constate que **55,2%** des ordonnances sont délivrées sans renseignements sur l'activité professionnelle des malades. On remarque que ces renseignements ne sont pas importants aux yeux des prescripteurs. Les ouvriers sont minoritairement représentés avec **1,8%**. Cela s'explique par l'insuffisance d'information sur l'affiliation au régime de l'AMO par l'OGD.

2. Qualité et provenance de la prescription

i. Provenance des ordonnances

La pyramide sanitaire fonctionne par référencement de niveau à niveau (niveau primaire Cscm, secondaire CSréf, et tertiaire hôpitaux). Au vu des résultats obtenus, on constate le non respect de la pyramide sanitaire ce qui nous a permis de trouver que **55,52%** des ordonnances provenaient des hôpitaux suivis des Centres de Santé de référence (CSréf) **38,82%**.

ii. Agence de couverture

La majorité de nos malades était couverts par la C.M.S.S soit **61,42%** contre **38,58%** pour l'I.N.P.S.

Ceci s'explique par le fait que la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) prend en charge les fonctionnaires de l'Etat alors que L'INPS reçoit les travailleurs du secteur formel et informel qui sont généralement minoritaires en terme d'affiliation dans le régime de l'AMO par rapport au secteur Etatique.

iii. les bénéficiaires

Nous remarquons que **52,1%** des malades étaient des souscripteurs même de l'AMO tandis que **47,9 %** bénéficient à partir d'un ayant droit. Ce qui explique que toute la famille peut bénéficier les prestations de l'AMO à travers le souscripteur.

3. Services de provenance des ordonnances et types de soins

En général, dans notre étude nous avons constaté que les ordonnances dispensées provenaient en majorités du service de médecine générale avec **40,9 %**, et les malades ambulatoires représentent **92,2 %**. Ce service joue le rôle des consultations externes dans les structures sanitaires, que toutes les catégories de population ont accès à ce service avant d'être évacués vers un spécialiste.

4. Analyse de la prescription

i. Identification du prescripteur

Conformément aux dispositifs réglementaires en matière de prescriptions, le prescripteur doit être clairement identifié sur

l'ordonnance. Ceci permettra au cas où le dispensateur veut faire une substitution ou un remplacement de le contacter et donc de faciliter l'acte pharmaceutique.

Cependant dans notre étude, les prescripteurs ne sont pas identifiés dans **63,4%** des ordonnances.

ii. Définition de la posologie

La définition de la posologie par le prescripteur est un facteur très important qui détermine la communication entre le dispensateur et le malade et permet aux malades de bien suivre son traitement pour éviter ainsi des résistances ou d'autres effets indésirables.

Selon notre étude, il ressort que **25,1%** des ordonnances ne portent pas de posologie. Ceci peut poser des problèmes dans la dispensation des médicaments par le pharmacien et une insuffisance d'incompréhension par le patient dans le cadre de l'AMO. Dans le respect des clauses du contrat avec la CANAM, 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 telles par les protocoles thérapeutiques.

iii. Rajouts de médicaments

On constate une surconsommation de médicaments sur les ordonnances après prescription des médecins.

On dénote que **4,58%** des ordonnances présentent des rajouts de médicaments après la fermeture de l'ordonnance par le prescripteur ce qui n'est pas conforme dans le cadre de l'AMO.

iv. Ratures sur les prescriptions

Selon la déontologie, l'ordonnance doit être bien présentable et ne doit porter ni rature, ni d'autre surcharge en guise de surconsommation de médicaments ou de fraudes dans le régime de l'AMO. Dans notre étude on constate que **7,88%** des ordonnances présentent des ratures.

v. coût des ordonnances

Courant notre étude, le malade a contribué à raison minimum de **255 FCFA** et maximum de **20.610 FCFA** avec une moyenne de **3.695 FCFA**. Au regard de l'AMO, nous constatons aujourd'hui que le coût des ordonnances a réduit de façon très considérable et l'utilisation des services de santé est devenu chose fréquente par la population avec le système de tiers-payant.

vi. Médicaments figurant sur la liste AMO

Dans le respect des clauses du contrat la prescription des médicaments est limitée aux seuls médicaments figurant sur la liste AMO disponible dans chaque service conventionné. En dehors de cette liste la CANAM ne reconnaît pas le médicament prescrit ou vendu, donc ne sera plus rembourser.

Il ressort dans notre étude, que **16,23%** des médicaments prescrits ne figurent pas sur la liste AMO, et **18,1%** présentent une différence de prix par rapport aux prix plafond des médicaments autorisés par la CANAM. Les prescripteurs doivent être en mesure de se rassurer sur la présence des médicaments de la liste avant toute prescription.

vii. Nombre de médicaments par ordonnances

Courant notre étude le nombre moyen de médicaments par ordonnances est cinq (05) ; avec un minimum de un (01) et un maximum de treize (13).

La norme est de deux (02), ce qui dénote l'insuffisance dans la prescription sous le régime de l'AMO.

De même le nombre de médicaments par ordonnances dans notre étude reste supérieur aux normes du Mali lors d'une enquête menée en 2007 par la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) sur la qualité de la prescription.

On note une moyenne de 2,5 à 3 médicaments par ordonnances **[16]**. On constate aujourd'hui, avec l'avènement du système tiers-payant que la poly prescription est très fréquente. Les facteurs à l'origine de la prescription excessive des médicaments peuvent être :

- Soit une insuffisance dans le diagnostic de la maladie;
- Soit une insuffisance de formation des prescripteurs.

CONCLUSION

VII-CONCLUSION

1. Au regard des résultats obtenus, on constate que tous les services de santé conventionnaires délivrent des ordonnances AMO, et la dispensation des médicaments est assurée par les officines conventionnées.

1.1. **Plus** de la moitié des ordonnances analysées, soit

55,52% provenaient des hôpitaux ;

1.2. **38,82%** des CSréf ;

1.3. **3,3 %** des CMIE ;

1.4. **2,35 %** des infirmeries.

2. Courant notre étude, les faiblesses et les insuffisances recensées dans les prescriptions étaient les suivantes :

2.1 Au non port de :

✓ Cachet ;

✓ Signature ;

✓ Code de l'établissement concerné.

2.2 Au non port de :

✓ Cachet ;

✓ Signature ;

✓ Code du prescripteur ;

2.3 La non précision de la posologie des médicaments prescrits;

2.4 La prescription des médicaments qui ne figurent pas sur la liste AMO ;

2.5 Le dépassement de la norme de référence de l'OMS.

3. Au vu des résultats obtenus les moyens correctifs sont :

De faire en sorte que toutes les ordonnances :

2.6 Soient cachetées, signées par l'établissement concerné munies du code de provenance;

2.7 Soient cachetées, signées par le prescripteur et munies de son code ;

2.8 Respecter les posologies des médicaments prescrits;

2.9 Veiller en sorte que les médicaments prescrits figurent sur la liste des médicaments autorisés par la CANAM.

RECOMMENDATIONS

VIII-RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude et au vu de nos résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

1. Améliorer la prescription médicalisée ;
2. Améliorer l'enseignement de la rédaction des ordonnances en Faculté de médecine ;
3. Faire respecter les principes de la prescription (la déontologie) ;
4. Faire parvenir les conclusions aux services de l'AMO pour un meilleur suivi.

REFERENCES

1. Assurance Maladie.

Encyclopédie Encarta Microsoft 2009.

Consulté le 11/03/2015 à 18h 25min.

2. AYADI. INES.

Impact de la réforme d'Assurance Maladie en Tunisie sur l'offre et la demande des médicaments. Université de Sfax Faculté des Sciences Economiques et de Gestion.

Thèse de docteur en sciences économiques. Tunisie 2009.

3. CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE SECTEUR SANTE DEVELOPPEMENT SOCIAL ET PROMOTION DE LA FAMILLE :

Carte sanitaire du Mali mise à jour – 2011. Rapport de synthèse, Juillet 2012.

4. DARRIER.A

Recours aux soins primaires des Africains d'origine subsaharienne en Ile de France : Freins et Motivations. Thèse de Médecine Rouen 2013.

5. DPM janvier 2012.

Plan d'actions de mise en œuvre de la Politique Pharmaceutique Nationale (2012-2016).

6. Gouvernance du financement de la santé mondiale.

Enjeux et perspectives africains. Africa 21 - Note n°2, février 2013.

7. Guy Carin.

L'assurance sociale maladie dans les pays en développement.

Un défi permanent. Organisation Mondiale de la Santé.

8. HAJJI. M.A.

Evaluation du régime d'assistance médicale au centre hospitalier préfectoral de salé. Mémoire de fin d'études en management des organisations de sante, royaume du Maroc Juillet 2014.

9. <http://www.cmss-mali.org>

Dernière consultation le 09/03/2015 à 10h04min.

10. <http://www.groupeappm.com/>

Dernière consultation le 12/05/2015 à 15h44min.

11. https://fr.wikipedia.org/wiki/Assurance_maladie

Dernière consultation le 17/03/2015 à 11h38min.

12. L'Assurance Maladie en Afrique francophone.

Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. p 461.

Gilles Dussault, Pierre Fournier, Alain le Tourny, éditeurs

Banque mondiale Washington, DC.

(Série : Santé, Nutrition et Population).

13. LA PLACE DES ASSURANCES SOCIALES DANS LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE.

Gilles DUSSAULT, Pierre FOURNIER, Alain LETOURMY éditeurs,

L'Assurance maladie en Afrique francophone – Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté, la Banque Mondiale, 2006.

14. Le régime d'Assurance Maladie Obligatoire du Mali.

Montage technique et institutionnel état de mise en œuvre.

15. Les prix des médicaments une nouvelle approche pour les mesurer.

Organisation Mondiale de la Santé Health Action International :

Rapport d'étude de cas au Mali.

16. MAIGA. Zeinabou. H

Etude de la prise en charge du paludisme simple dans les pharmacies privées des communes V et VI du district de Bamako. Thèse de pharmacie, Bamako 2009.

17. Ministère de l'Action humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées.

Étude de la faisabilité de l'établissement de passerelles entre l'AMO, le RAMED et l'Assurance mutualiste d'une part et les autres dispositifs de couverture sanitaire instaurés par l'État.

Novembre 2012

18. Ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées.

Etat des lieux de la couverture maladie universelle au Mali.

Rapport final, Octobre 2011.

19. MIWAINA.

Evaluation du système d'approvisionnement et de suivi des achats en médicaments essentiels dans les pharmacies hospitalières du mali : cas des CHU du point-G et de Kati.

Thèse de pharmacie, Bamako 2010.

20. MME DIARRA DJELIKA KONATE.

Etude de la complémentarité des activités de prescriptions et de dispensation pour une meilleure prise en charge thérapeutique du patient. Thèse de Pharmacie, Bamako 2007.

21. Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023.

22. Poucheret.P, Costentin. J.

Pharmacologie à l'officine : Pour la délivrance éclairée de l'ordonnance. Issy les moulineaux : Elsevier Masson, 2013.

**23. PROTECTION SOCIALE ET DEVELOPPEMENT
HUMAIN AU MALI.**

Rapport national sur le développement humain durable, Edition 2012.

**24. RAPPORT DE L'ACADEMIE NATIONALE DE
PHARMACIE.**

« Bonnes pratiques de dispensation du médicament par le pharmacien d'officine » (Rapport Bonnes pratiques de dispensation VF Séance 6.11.2013 & Conseil 27.11.2013)

25. SAMAKE. M.

Évaluation des risques de contracter des maladies dues à l'utilisation des médicaments de la rue a Bamako. Thèse de Pharmacie, Bamako 2010.

26. Sangaré. A

Pratique officinale dans le district de Bamako : Raisons des dérivés et propositions des mesures correctives. Thèse de pharmacie, Bamako 2005.

27. TOURE. H.A

Etude de la délivrance des produits conseils (antalgiques et antitussifs) dans les officines privées de la ville de Sikasso. Thèse de pharmacie, Bamako 2008.

28. TRAORE.SOULEYMANE.S

Evaluation de la satisfaction des demandes de médicaments au comptoir dans les officines privées de Bamako. Thèse de pharmacie, Bamako 2010.

29. VANDENHEEDE. MARC

Assurance qualité à l'officine : jusqu'a une certification iso 9001.exemple de la dispensation sur prescription.

Thèse de Pharmacie, Grenoble 2009.

FICHE SIGNALÉTIQUE

RESUME

Nom : NIARE

Prénoms : Mohamed Kassim

TELEPHONE : (+223) 66 83 03 30 ou (+223) 93 99 72 11

E-mail : niaremohamed256@gmail.com

Titre de la thèse :

Analyse de la dispensation des médicaments dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire (A.M.O) dans les officines privées de la commune IV du district de Bamako.

Année : 2015-2016

Ville de soutenance : Commune III du district de Bamako.

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto stomatologie

Secteur d'intérêt : Pharmacie, Santé publique.

Notre étude intitulée : une étude rétrospective qui s'est déroulée de septembre à novembre 2014 dans dix-sept **(17)** officines privées en convention avec la CANAM dans la commune IV du district de Bamako. Elle avait pour objectif de contribuer à l'amélioration de la dispensation des médicaments dans le cadre de l'AMO. Sur une période de trois **(3)** mois, nous avons analysé **850** cas de dispensation dont **522** cas pris en charge par le régime de la CMSS et **328** par le régime de l'INPS.

Les informations recueillies et traitées nous permettent de conclure que :

- Environ **52,1%** des malades étaient des souscripteurs même de l'AMO;

- **18,1%** des médicaments prescrits présentent une différence;
- **16,23%** des médicaments prescrits ne figurent pas sur la liste AMO;
- Le nombre de médicament prescrit par ordonnances dépasse la norme de références de l’OMS;
- Les médecins spécialistes ont été les plus représentés avec **46,1%**;
- De nombreuses irrégularités sont constatées dans la prescription des ordonnances à savoir :
 - i.** Posologies et durées de traitement indéfinies;
 - ii.** Présence de ratures et de surcharge sur les ordonnances;
 - iii.** Non identification du prescripteur.

Au terme de cette étude, nous pensons qu’une bonne formation de base et un recyclage continu des prescripteurs et ainsi qu’une sensibilisation de la population sur l’application du système tiers payant pourra contribuer à améliorer les stratégies de l’assurance maladie obligatoire.

Mots clés : Dispensation des médicaments, Assurance Maladie Obligatoire.

X-Annexes I : Liste des officines enquêtées.

STRUCTURES	CODE S (P)	QUARTIERS	ADRESSES	CONTACT S	DATE DE SIGNATURE
PHARMACIE BOUBACAR SIDIBE	P80	DJICORONI PARA	DJIKORONI PARA BP E3482	20 23 94 47	19/04/2011
PHARMACIE PLACE CAN	P1	HAMDALLAYE	ACI 2000 AV DU MALI PORTE 2074	20 23 27 03	22/04/2011
PHARMACIE SAHA	P13	HAMDALLAYE	HAMDALLAYE RUE 92 P 610 BAMAKO	20 29 00 90/76 42 60 87	09/05/2011
PHARMACIE ABDOULAYE OULOLOGUEM	p96	LAFIABOUGOU	27 RUE 242 LAFIABOUGOU	<u>66 73 46 59</u>	03/05/2011
PHARMACIE LAFIA	P138	LAFIABOUGOU	IMM BANANKOKOUN LAFIABOUGOU BP 1471	66 71 17 98	16/04/2013
PHARMACIE M'PEWO	P109	LAFIABOUGOU	RUE 466 PORTE 991 LAFIABOUGOU BP E 2986	20 29 30 62	26/05/2011
CARREFOUR LAFIA	P121	LAFIABOUGOU	BP : E1463 PORTE 3893 LAFIABOUGOU BAMAKO	20 29 68 87	24/05/2011
OFFICINE MOUSSOKORO COULIBALY	P133	LAFIABOUGOU	RUE 220 PORTE 580	20 29 90 10	07/06/2011
PHARMACIE MAKORO KONE	P28	SEBENIKORO	A LA SORTIE DE SEBENIKORO SUR LA RTE DE GUINEE	20 79 25 46	22/04/2011
PHARMACIE BIBI PHARM	P97	SEBENIKORO	03 PB 206 BAMAKO 03	79 03 34 57	03/05/2011
PHARMACIE ACI 2000	P265	HAMDALLAYE ACI 2000	NON LOIN DU CIMETIERE DE LAFIABOUGOU RUE 360	65 73 51 48 - 20 72 82 66	04/04/2013
PHARMACIE ETOILE	P216	DJICORONI PARA	FACE CITES DES OFFICIERS BPE 3028	76 49 72 25 - 20 22 32 51	02/07/2012
PHARMACIE DU FLEUVE	P218	DJICORONI PARA	AV RAOUL FOLLEREAU BP 2967 /PORTE 3821	76 27 69 71	19/07/2012
PHARMACIE	P230	HAMDALLAYE	HAMDALLAYE AV	76 32 36	23/10/20

FATA		E	CHEICK ZAYED BP:2595 EMAIL:	99/66 78 11 53	12
PHARMACIE TENEMAKAN	P295	HAMDALLAY E	BP:5013/R:45/P: 768	20 29 94 45	08/07/20 13
PHARMACIE AU PLATEAU FURASO	P 314	HAMDALLAY E	AV CH ZAYED 2078	20 29 07 87/73 00 23 00	01/10/20 13
PHARMACIE DE LA MATERNITE D'HAMDALLA YE	P326	HAMDALLAY E	EN FACE DU CENTRE DES IMPOTS DE LA CIV	78 99 03 33/66 73 35 43	23/12/20 13
PHARMACIE OUAGADOU	P331	DJICORONI PARA	AV RAOUL	66 77 07 61/76 47 36 88	19/02/20 14
PHARMACIE CROIX VERTE	P333	HAMDALLAY E	ACI 2000 FACE COLLEGE HORIZON R 390/ P661	20 29 04 65/79 29 37 05	24/02/20 14
PHARMACIE LE RENOUVEAU	P351	HAMDALLAY E	ACI 2000 RUE DE LA PLACE CAN	66 71 70 80/76 17 03 56	16/05/20 14
PHARMACIE KADIDIA TOLO	P354	LAFIABOUG OU	RUE 218 PORTE 50	20 74 79 71	23/05/20 14
PHARMACIE SEBENIKORO MARCHE	P 359	SEBENIKOR O	FACE AU MARCHE DE SEBENIKORO	20 79 78 71/76 43 05 25	17/06/20 14
STRUCTURES	CODE S (P)	QUARTIERS	ADRESSES	CONTACTS	DATE DE SIGNATURE
PHARMACIE BOUBACAR SIDIBE	P80	DJICORONI PARA	DJIKORONI PARA BP E3482	20 23 94 47	19/04/20 11
PHARMA CIE PLACE CAN	P1	HAMDALLAY E	ACI 2000 AV DU MALI PORTE 2074	20 23 27 03	22/04/20 11
PHARMACIE SAHA	P13	HAMDALLAY E	HAMDALLAYE RUE 92 P 610 BAMAKO	20 29 00 90/76 42 60 87	09/05/20 11
PHARMACIE ABDOULAYE OUOLOGUEM	p96	LAFIABOUG OU	27 RUE 242 LAFIABOUGOU	<u>66 73 46</u> <u>59</u>	03/05/20 11
PHARMACIE LAFIA	P138	LAFIABOUG OU	IMM BANANKOKOUN LAFIABOUGOU BP 1471	66 71 17 98	16/04/20 13
PHARMACIE M'PEWO	P109	LAFIABOUG OU	RUE 466 PORTE 991 LAFIABOUGOU BP E 2986	20 29 30 62	26/05/20 11
CARREFOUR	P121	LAFIABOUG	BP : E1463	20 29 68	24/05/20

LAFIA		OU	PORTE 3893 LAFIABOUGOU BAMAKO	87	11
OFFICINE MOUSSOKOR O COULIBALY	P133	LAFIABOUG OU	RUE 220 PORTE 580	20 29 90 10	07/06/20 11
PHARMACIE MAKORO KONE	P28	SEBENIKOR O	A LA SORTIE DE SEBENIKORO SUR LA RTE DE GUINEE	20 79 25 46	22/04/20 11
PHARMACIE BIBI PHARM	P97	SEBENIKOR O	03 PB 206 BAMAKO 03	79 03 34 57	03/05/20 11
PHARMACIE ACI 2000	P265	HAMDALLAY E ACI 2000	NON LOIN DU CIMETIERE DE LAFIABOUGOU RUE 360	65 73 51 48 - 20 72 82 66	04/04/20 13
PHARMACIE ETOILE	P216	DJICORONI PARA	FACE CITES DES OFFICIERS BPE 3028	76 49 72 25 - 20 22 32 51	02/07/20 12
PHARMACIE DU FLEUVE	P218	DJICORONI PARA	AV RAOUL FOLLEREAU BP 2967 /PORTE 3821	76 27 69 71	19/07/20 12
PHARMACIE FATA	P230	HAMDALLAY E	HAMDALLAYE AV CHEICK ZAYED BP:2595 EMAIL:	76 32 36 99/66 78 11 53	23/10/20 12
PHARMACIE TENEMAKAN	P295	HAMDALLAY E	BP:5013/R:45/P: 768	20 29 94 45	08/07/20 13
PHARMACIE AU PLATEAU FURASO	P 314	HAMDALLAY E	AV CH ZAYED 2078	20 29 07 87/73 00 23 00	01/10/20 13
PHARMACIE DE LA MATERNITE D'HAMDALLA YE	P326	HAMDALLAY E	EN FACE DU CENTRE DES IMPOTS DE LA CIV	78 99 03 33/66 73 35 43	23/12/20 13
PHARMACIE OUAGADOU	P331	DJICORONI PARA	AV RAOUL	66 77 07 61/76 47 36 88	19/02/20 14
PHARMACIE CROIX VERTE	P333	HAMDALLAY E	ACI 2000 FACE COLLEGE HORIZON R 390/ P661	20 29 04 65/79 29 37 05	24/02/20 14
PHARMACIE LE RENOUVEAU	P351	HAMDALLAY E	ACI 2000 RUE DE LA PLACE CAN	66 71 70 80/76 17 03 56	16/05/20 14
PHARMACIE KADIDIA TOLO	P354	LAFIABOUG OU	RUE 218 PORTE 50	20 74 79 71	23/05/20 14
PHARMACIE SEBENIKORO	P 359	SEBENIKOR O	FACE AU MARCHE DE	20 79 78 71/76 43	17/06/20 14

MARCHE			SEBENIKORO	05 25	
--------	--	--	------------	-------	--

Annexes II : Fiche d'enquête

N ° fiche :.....

I. IDENTIFICATION DE L'OFFICINE

1- Raison sociale :.....

2- Code AMO /__/__/__/

II. FEUILLE DE SOINS MALADIE

N° de la facture :.....

IDENTIFICATION DU MALADE

1. Est-ce que les identifiants suivants du malade sont-ils précisés sur l'ordonnance ?

a. Nom et Prénom (s) Oui /___/ Non /___/

Si oui préciser.....

b. Age : Oui /___/ Non /___/

- Si oui préciser :

0-10 ans /___/ 11-20 ans /___/

21-30ans /___/ Plus de 30ans /___/

Autres à préciser :.....

c. Sexe : Oui /___/ Non /___/

d. Activité du malade : Oui /___/ Non /___/

Si oui préciser

e. N° assuré (ayant droit) : Oui /___/ Non /___/

f. N° assuré (ouvrant droit) : Oui /___/ Non /___/

2. Affiliation social du malade :

INPS /___/

CMSS /___/

3. Type de malade : Hospitalisé /___/ Ambulatoire /___/
Maternité /___/ Accidenté /___/

III- IDENTIFICATION DES PRESTATAIRES DE SANTE

1. Est-ce que les identifiants suivants du prestataire sont-ils précisés sur l'ordonnance ?

- a. Type de prestataire :

Médecin Généraliste /___/

Médecin spécialiste /___/

Chirurgien dentiste /___/

Sage femme /___/

Autres à préciser

- b. Signature et cachet du prescripteur :

Oui /___/ Non /___/

- c. Code du prescripteur :

Oui /___/ Non /___/

IV- Etablissement de provenance de l'ordonnance

a- Hôpital /___/ service de

b- Centre de santé de référence /___/ service de

c- Autres à préciser:

d- Code de l'établissement:

Oui /___/ Non /___/

e- Signature et cachet de l'établissement :

Oui /___/ Non /___/

V- Analyse de la prescription

- a. Présence de cachet blanc (cachet sec) :

Oui /___/ Non /___/

- b. Les posologies sont-elles précisées ?

Oui /___/ Non /___/

Si non comment dispensée cette prescription ?

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

c. Les possibilités de substitution sont-elles recherchées et proposées en cas de rupture ?

Oui /___/ Non /___/

d. Il y'a-t-il des produits manqués au niveau du stock ?

Oui /___/ Non /___/

Si oui comment effectuée cette dispensation ?

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

e. Présence de rature sur l'ordonnance

Oui /___/ Non /___/

f. Cout de l'ordonnance

Montant de la dépense :.....

Montant ticket modérateur :.....

Montant part AMO :.....

g. Les médicaments prescrits figurent-ils sur la liste AMO ?

Oui /___/ Non /___/

h. Les médicaments prescrits sont-ils disponibles ?

Oui /___/ Non /___/

i. L'ordonnance présente-elle des rajouts de médicaments ?

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 consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

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

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

Je le jure !