Suivi du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'ouest et du centre

Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique

Rapport du Mali

Novembre 2003

Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM)

Avant propos

Le développement des mutuelles de santé est un sujet d'une importance capitale dans le contexte notamment de la mobilisation de plusieurs types de structures qui interviennent dans le secteur. Il est en effet important que ce développement se mesure régulièrement pour apprécier la contribution effective du mouvement à l'accès aux soins de santé de qualité pour les populations, particulièrement celles qui n'ont aucune forme de protection dans le domaine de la santé.

Depuis quelques années, les populations sont de plus en plus informées de cette alternative qui leur permet, par une organisation propre, à garantir leur propre prise en charge des soins de santé. Aussi, des innovations sont apportées dans les approches et stratégies pour mettre en oeuvre ces programmes. Des partenariats se nouent et les autorités étatiques sont de plus en plus intéressées à accompagner de telles initiatives.

La concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique est entre autre un réseau de partage d'informations et expériences sur les mutuelles. Une de ses principales activités est le suivi du développement des mutuelles de santé. Par des études de cas, des inventaires, recueil et diffusion des pratiques, la Concertation se positionne notamment comme un observatoire utile au mouvement mutualiste, à ses partenaires et structures d'appui. Les informations éditées du *système de suivi du développement des mutuelles de santé* sont compilées et diffusées tous les trois ans.

Ce document présente les principaux résultats du deuxième inventaire réalisé par la Concertation en 2003 au Mali (les résultats du premier inventaire [2000]). L'enquête elle-même contient plus de 568 variables autour de 67 questions. La base de données complète des mutuelles de santé inventoriées est disponible sur demande à la Concertation.

Il est évident qu'un tel travail a le mérite, à côté d'autres initiatives, de participer à la compréhension du comportement des mutuelles de santé. On se rend compte, après lecture de ce rapport, de l'évidence qu'il y a encore beaucoup de travail à faire auprès de mutuelles. La Concertation encourage les acteurs nationaux à étudier les modalités d'un système d'information systématique sur les mutuelles pour en faciliter la compilation.

La Concertation se félicite de la contribution à ses travaux d'un grand nombre de partenaires. Elle tient à exprimer sa sincère gratitude :

- aux chercheurs et enquêteurs qui ont réussi à collecter cette masse importante d'informations dans des conditions difficiles ;
- aux organisations qui ont co-financé la réalisation de l'inventaire ;
- aux points focaux qui ont encadré l'activité dans les pays ;
- aux promoteurs de la Concertation qui ont financé et accompagné techniquement tout le processus ;
- aux mutuelles de santé et autres systèmes d'assurance maladie qui se sont prêtés volontiers à l'enquête.

La Concertation est la concrétisation d'une des principales recommandations de l'atelier organisé à Abidjan en juin 1998, sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé. Ses activités ont démarré en avril 1999 et concernent : (i) l'animation d'un site Internet (www.concertation.org), (ii) la diffusion d'une lettre d'information le *«Courrier de la Concertation»*, (iii) le suivi du développement des mutuelles (synthèse tous les trois ans), et (iv) l'organisation d'ateliers thématiques tous les deux ans.

Les activités de la Concertation touchent 11 pays africains : Sénégal, Bénin, Burkina Faso, Guinée, Tchad, Togo, Cameroun, Mauritanie, Côte d'Ivoire, Mali et Niger. Plusieurs autres pays africains, notamment central et anglophone souhaitent intégrer le réseau. La Concertation est également partenaire de plusieurs organisations nationales et internationales.

Dans chaque pays, un point focal joue un rôle clé dans le fonctionnement en facilitant la communication avec la Cellule de coordination des activités et en servant d'interface entre les membres nationaux, les acteurs locaux et leurs partenaires régionaux et internationaux. Des cadres nationaux de concertation sont également mis en place.

La Concertation

Les publications de la Concertation sont disponibles gratuitement pour tout acteur intéressé par le développement des mutuelles de santé en Afrique. Toutefois, la référence au contenu des documents de la Concertation doit dûment mentionner la source. Les publications éditées par La Concertation n'entraînent pas que tous les promoteurs de l'organisation souscrivent systématiquement aux propos contenus dans l'ouvrage. Toute demande de reproduction ou de traduction devra être adressée à :

La Concertation,
BP 414, Dakar - Fann
Sénégal

© La Concertation sur les mutuelles de santé en Afrique

Mars 2004

INTRODUCTION

Dans le cadre de l'inventaire 2003 de la concertation, des enquêtes ont été menées dans tous les pays membres de la concertation dont le Mali. L'objectif de ces enquêtes était de repérer les systèmes d'assurances maladies dans ces pays, leurs mécanismes de fonctionnement, leurs atouts et les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Cet inventaire s'inscrit dans le cadre d'une des missions de la concertation qui est de tenir à jour l'évolution qualitative et quantitative desdits systèmes.

Cette synthèse concerne les régions du Mali ayant des mécanismes de Solidarité. L'enquête a porté sur :

- les Mutuelles Rurales et Urbaines ;
- le système de référence évacuation dans les centres de santé de référence des cercles ;
- les caisses d'épargne et de crédit qui fournissent un volet santé à leurs adhérents ;
- les systèmes de pré paiement des soins de santé.

REMERCIEMENT

La réalisation de l'Enquête sur l'Inventaire 2003 de la Concertation est une activité de grande envergure. Elle est le résultat des efforts conjugués de tous les acteurs du développement des systèmes de financement des soins de santé.

Cette enquête a été facilitée au Mali grâce au courrier envoyé par le point focal de la concertation au Mali (UTM), aux ONG qui appuient les Mutuelles, aux autorités sanitaires et sociales (Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire et la Direction régionale de la Santé) et à la disponibilité singulière des Directions Régionales du Développement Social et de l'Economie Solidaire qui, à chaque fois ont annoncé le passage des équipes chargées de mener l'enquête dans les cercles conformément au calendrier qui avait été préalablement communiqué.

La mise à la disposition par l'Union Technique de moyens de déplacement permit un déplacement plus facile surtout, hors des Zones d'implantation des Unités Opérationnelles de l'UTM et à l'étape de Koulikoro.

Partout où les enquêteurs sont passés, malgré les calendriers chargés des responsables des mutuelles et des services sanitaires, ils ont tenu à consacrer du temps pour répondre aux questionnaires.

L'occasion nous semble propice de les remercier tous, qu'ils trouvent ici, l'expression de notre profonde reconnaissance pour leurs actions en vue de la réussite de l'enquête.

SOMMAIRE

Sigle et acronymes

TITRE I - CONTEXTE GENERAL DU MALI 8
Chapitre I Situation Géographique : 8
Chapitre II Situation Démographique: 9
Chapitre III Situation Economique: 9
Chapitre IV Situation Sanitaire 10
Chapitre V Situation Administrative 12
TITRE II GENERALITE SUR LA SANTE AU MALI 13
Chapitre I : Historique de la politique de santé : 13
Chapitre II : Le système de soins : 14
- Au premier niveau : 14
- Au niveau de la référence et de l'hospitalisation 14
- Les cliniques privées : 15

Chapitre III : Les innovations dans l'offre de soins : 15
Chapitre IV : Contexte de planification : Le PRODESS 16
TITRE III MECANISMES DE FINANCEMENT DES SOINS 16
Chapitre I : les Mutuelles de Santé 17
- Section I : Le Cadre législatif et réglementaire 17
- Section II : La tutelle 17
- Section III : Les stratégies de développement de la mutualité au Mali 19

Chapitre II Systèmes de Référence/Evacuation 27
- L'Approche 27
- Résultat Des Enquêtes de la Concertation sur le Système Référence/Evacuation 28

Chapitre III Caisse d'Epargne et de Crédit, Fonds d'Assistance Maternel, Associations, Unité De Soins 29
- Caisse d'Epargne et de Crédit : 29
- Fonds d'Assistance Maternel : 29
- Association et Unité de Soins : 29

Chapitre IV LES SYSTEMES DE FINANCEMENT DES SOINS ENQUETES ET LEURS STRUCTURES D'APPUI 30
TITRE IV DIFFICULTES RENCONTREES ET RECOMMANDATIONS 35
Chapitre I Difficultés Rencontrées 35
Chapitre II Recommandations pour les prochains inventaires 35

SIGLES ET ABREVIATIONS

Aire de Santé
AMV **Assurance Maladie Volontaire**
ASACO **Association de Santé Communautaire**
CIDR **Centre International pour la Recherche et le Développement**
CSCOM **Centre de Santé Communautaire**
EDSM-III **Troisième Enquête Démographique et de Santé au Mali**
FAM **Fonds d'Assistance médical**
PISAM
PHR PLUS **Partners For Health Reform Plus**
RGPH **Recensement Général de la Population et de l'Habitat**
UTM **Union Technique de la Mutualité Malienne**
EPA : Etablissements Publics à Caractère Administratif

TITRE I CONTEXTE GENERAL DU MALI[1]

Chapitre I *Situation Géographique :*

La république du Mali, pays continental par excellence, couvre une superficie d'environ **1.241.248 Km^2**. Elle partage,

- Au Nord : près de 7.200Km de frontières avec l'Algérie ;
- A l'Est : avec le Niger ;
- A l'Ouest : avec la Mauritanie et le Sénégal
- Au Sud-Est : avec le Burkina Faso ;
- Au Sud : avec la Côte d'Ivoire et la Guinée.

Le Relief est peu élevé et peu accidenté ; c'est un pays de plaine et de bas plateaux. L'altitude moyenne est de 500 m.

Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique, qui s'étend entre les 11° et 25° de latitude nord, du relief et du climat, est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger. Deux fleuves traversent le Mali : le Fleuve Niger et le fleuve Sénégal. Le réseau hydrographique dessert surtout le sud du pays. La partie septentrionale de cette zone est arrosée par le fleuve Sénégal et ses affluents, la partie orientale par le fleuve Niger et ses constituants. Le régime de l'ensemble de ce réseau est tropical : hautes eaux en période d'hivernage et basses eaux en saison sèche.

Ainsi, du sud au nord, un quart du territoire est situé dans la zone soudano-guinéenne, 50% dans la zone sahélienne et 25% dans le désert saharien. Le climat est sec avec une saison sèche et une saison des pluies. Cette dernière dure en moyenne 5 mois au sud et moins d'un mois au nord. Le niveau des précipitations s'établit entre 1.300 mm à 1.500 mm au sud tandis que la moyenne est de l'ordre de 200 mm au nord. Ce climat se caractérise par quatre zones et le delta intérieur du Niger se caractérise par un climat particulier. Les quatre zones sont les suivantes :

- la zone sud soudano-guinéenne : occupe environ 6% du territoire national, dans l'extrême sud. Les précipitations sont comprises entre 1300 et 1500 mm d'eau par an.
- La zone nord-soudanienne, avec 1.300 à 700 mm/an d'eau. Cette zone couvre environ 18% du territoire.
- La zone sahélienne : les précipitations vont de 700 à 200 mm d'eau par an.
- La zone saharienne : les précipitations deviennent irrégulières et au fur et à mesure qu'on s'éloigne des abords du fleuve Niger et qu'on avance dans le Sahara, elles deviennent aléatoires et inférieures à 200 mm/an.
- Le delta intérieur du Niger : c'est une véritable mer intérieur. Cette nappe d'inondation est au cœur même du sahel. Le delta, avec ses 300km de long sur 100 km de large, joue un rôle régulateur dans le climat de la région.

[1] Source *: EDSM-III pages 1-5*

Chapitre II ***Situation Démographique:***

Selon les données du Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), le Mali avait une population résidente de **9.810.912 habitats** en **avril 1998** dont 50,5% de femmes et 49,5% d'hommes ; la densité est estimée à 7,9 habitants au kilomètre carré. Cette même population est estimée à **10.472.782 habitants en 2001** avec un taux d'accroissement inter censitaire de 2.2%.

Selon les mêmes données, 99% des Maliens sont des sédentaires et 1% sont des nomades. La majorité de la population du pays réside en milieu rural (73,2%). Le taux d'urbanisation est de 26,8%.

La répartition spatiale est inégale ; les trois quarts de la superficie du pays abritent moins de 10,0% de la population.

L'état sanitaire, au cours de la période 1992-1996, se caractérise, entre autres par un quotient de mortalité infanto juvénile de 238 pour mille (Coulibaly et al. 1996). L'espérance de vie à la naissance est de 61,6 ans.

Au Mali, la population est essentiellement rurale. Au dernier recensement de la population, 22% seulement de la population résidente vivaient en milieu urbain. Cette population est, en outre, caractérisée par sa jeunesse : 46% de la population est âgée de moins de 15ans. Les femmes en âge de procrées (15-49 ans) représentent 23% de la population totale. Selon les données du RGPH de 1998, les principaux sous groupes sont :

Enfants de moins d'un an (0-11 mois)	**2.9%**
Enfants de 1an à 4 ans (12-59 mois)	**14,0%**
Enfants de moins de 5 ans (0-4 ans)	**17,0%**
Enfants de moins de 15ans (0-14 ans)	**46,0%**
Enfants de moins de 19ans (0-18ans)	**55,2%**
Femmes en âge de procréer	**22,6%**

Ces indicateurs, associés à un âge médian à la première union (16 ans environ) et à la quasi-universalité du mariage ont pour résultat, un niveau de fécondité élevé. Ce niveau de fécondité est estimé par un indice synthétique de 6,7 enfants par femme durant la période 1992-1996 (Coulibaly et al. 1996).

Chapitre III ***Situation Economique:***

Comme l'écrasante majorité des états africains en général, en particulier ceux de l'Afrique sub-saharienne, le Mali a une économie dont les ressources proviennent essentiellement (par ordre) de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche. C'est dire que le secteur primaire est la sève nourricière de l'économie. Il est tributaire des aléas climatiques et des prix des matières premières sur le marché international. Il occupe, en effet, plus de 80% de la population active et représente au moins 40% du produit intérieur brut (PIB), alors que le secteur secondaire (industrie) ne représente que 16% du PIB et celui du tertiaire (commerce, service) 40% en 2001.

L'agriculture « locomotive » de l'économie, est essentiellement basée sur les cultures vivrières (mil, sorgho, riz, fonio, igname, haricot, blé…). A celles-ci, s'ajoutent les cultures industrielles (arachide, coton, tabac..). Le maraîchage fournit, entre autres, les oignons, l'aubergine, la pomme de terre, le gombo…. La bonne pluviométrie enregistrée ces dernières années a vu les productions agricoles augmenter : la production céréalière pour la campagne 1999-2000 fut estimée à environ 2893 million de tonnes et celle du coton graine atteignit 473 000 tonnes (DNSI, 1999), ce qui a eu pour conséquence de placer le Mali au deuxième rang des pays producteurs de coton en Afrique après l'Egypte.

L'élevage, seconde richesse après l'agriculture a été durement affecté par les sécheresses de 1972-1973 et de 1984 mais a repris son souffle ces dernières années. Le cheptel se reconstitue petit à petit et on a dénombré en 1997 plus de 6 millions de bovins et 14,5 millions d'ovins et caprins.

La pêche, quant à elle, demeure, grâce aux fleuves Sénégal et Niger et à leurs affluents, un des piliers de l'économie nationale et fait du Mali un grand producteur de poissons d'eau douce dans la sous-région malgré les sécheresses et les pluviométries capricieuses. En 1997, la production annuelle de poisson frais était de 31.736 tonnes et celle de poissons fumés et séchés était de 12.281 tonnes. Les revenus d'exportations de poissons ont atteint près de 14 milliards de FCFA.

Parallèlement aux ressources agricoles, le Mali a d'énormes potentialités énergétiques, touristiques et artisanales, de même que minières. En témoignent, dans le domaine des ressources énergétiques, les aménagements hydro-électriques réalisés et ceux en voie de l'être : il s'agit des sites de Sotuba, Markala, Sélingué, Manantali, Félou, Tossaye, Labézenga et Gouïna. En outre, il faut signaler les sources d 'énergies renouvelables et l'accent mis sur l'énergie solaire (en pleine expansion). Le sous sol Malien renferme d'importants gisements parmi lesquels on peut citer : l'or, les phosphates le sel gemme, le calcaire, la bauxite, le fer, le manganèse, le gypse, l'uranium et le marbre. Les sites aurifères les plus en vue sont ceux de siama (en exploitation), de sadiola (déjà opérationnel) et de loulo et la mine d'or de Kalana (privatisée). En 1995, la production de l'or fut évaluée à 6.600 Kg et du coup, l'or occupe désormais la troisième place au niveau des ressources destinées à l'exportation (après le coton et le bétail sur pied).

Chapitre IV ***Situation Sanitaire***

La situation sanitaire de la population du mali, reflet du niveau actuel de développement socio-économique, reste préoccupante malgré les fluctuations de la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat qui est passée de 5,28% en 1992 à 6,63% en 2001. L'évolution des dépenses de santé dans le budget de l'Etat est la suivante entre 1992-2001

Evolution du Budget Santé dans le Budget de l'Etat

(en milieu de FCFA)

Année	Budget Santé	Budget Etat	% santé dans le Budget Etat
1992	11474613	217147699	5,28%
1993	9649678	200474564	4,81%
1994	17423072	371374431	4,69%
1995	25683090	353960000	7,26%
1996	31352837	380325000	8,24%
1997	28777080	400323000	7,19%
1998	27065754	433712000	6,24%
1999	24787365	476113000	5,21%
2000	34580607	522537000	6,62%
2001	36943517	556881000	6,63%
Total	247737613	3913174694	6,33%

Source EDSM-III

On note que les dépenses ont évolué de manière irrégulière ; cependant, le ratio des dépenses courantes s'est amélioré, passant de 8,01% en 1995 à 10,01% en 2001

Au Mali, les niveaux de la morbidité et de la mortalité sont élevées et cela s'explique surtout par :

-Une insuffisance de la couverture sanitaire (63% de la population réside à moins de 15km d'un centre de santé de premier contact offrant le paquet minimum d'activité) ;

-Une insuffisance des ressources financières allouées au secteur au regard des besoins de la politique sectorielle et du programme quinquennal de développement sanitaire et social (PRODESS) ;

-Un environnement naturel insalubre et propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait d'une hygiène individuelle défectueuse et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement ;

-Une insuffisance d'accès à l'eau potable des populations ;

-Des habitudes sur le plan nutritionnel qui ont pour conséquence des apports nutritionnels non équilibrés et déficients aussi bien en quantité qu'en qualité (fer, iode, vitamine A), ce qui provoque des maladies et des carences ;

-La persistance de certaines coutumes et de traditions néfastes pour la santé ;

-Un faible niveau d'alphabétisation, d'instruction de la population ;

-Une insuffisance de la répartition des communautés de base à l'action sanitaire ;

-Une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire et social.

Compte tenu de ces insuffisances, le gouvernement a pris des mesures qui figurent dans la déclaration de politique sectorielle de santé et de population en 1990 (MSP-

AS, 1990). Dans ces orientations, on note que la priorité de l'action sanitaire s'adresse au milieu rural et péri-urbain, cela dans un souci d'équité et de correction des inégalités sociales, qu'elle vise la prévention des maladies ou qu'elle s'attache à promouvoir l'action socio sanitaire en vue d'améliorer le bien-être de la famille. En outre, par la déclaration de politique sectorielle de santé et de population, on constate que la santé représente désormais un secteur d'investissement qui obéit à la loi de l'utilisation rationnelle des ressources, afin d'assurer la pérennité du développement sanitaire, la prise en compte dans la planification des ressources disponibles et la mobilisation de tous les acteurs, Etat, Organisation Non Gouvernementale (ONG) et Population

Fort des résultats de cette politique sectorielle, un plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS 1998-2007) et un programme quinquennal de développement sanitaire et social (PRODESS 1998-2002), basé sur les mêmes stratégies et orientations, ont été élaborés et adoptés en 1998.

Chapitre V ***Situation Administrative***

En février 1993, il a été adoptée la loi « cadre » sur la décentralisation (loi 93-008 du 11 février 1993 relative aux conditions de la libre administration des locales) ce qui marquait le démarrage d'un vaste chantier de réforme insti institutionnelle.

Cette loi réorganise le territoire en 4 types de collectivités territoriales :

- les régions,
- le district,
- les cercles et
- les communes (rurales et urbaines)

La loi prévoit pour ces collectivités une libre administration par des assemblées et conseils élus. La loi dispose également que des compétences seront conférées aux collectivités et ce transfert s'accompagnera de moyens.
La décentralisation consacrait une responsabilisation des populations en ce qui concerne certaines questions essentielles notamment celles relatives à la santé. Dans bon nombre de localités certains agents des centres de santé qui émargeaient sur la taxe de développement local ont été transférés au compte des communes.

Dans le souci de rendre effectif les transferts un nouveau texte législatif a été crée à savoir le décret N° 02-314/P-RM du 4 juin 2002 fixa nt les détails des compétences transférées de l'Etat aux Collectivités Territoriales des niveaux Communes et Cercle en matière de santé.

TITRE II GENERALITE SUR LA SANTE AU MALI

Chapitre I : Historique de la politique de santé :

Après s'être engagé de façon résolue vers la promotion des soins de santé primaire en 1978 et avoir adopté les principes de l'initiative de Bamako en 1987, le Mali a donné de nouvelles orientations à sa politique de santé, qui remettent en cause le principe du monopole de l'Etat sur le service public, pour l'ouvrir au secteur privé.

Réaffirmant l'option du pays pour une véritable politique de santé publique, ayant pour objectif fondamental d'amener l'ensemble de la population malienne au meilleur état de santé possible, elle a affirmé certaines grandes orientations, qui constituent les fondements du nouveau plan décennal de développement sanitaire, qui portera sur la période 1998-2007. Parmi ces grandes orientations, nous pouvons citer :

- le renforcement de l'offre de soins par :
    - o un appui à la création de centres de santé communautaires et à l'extension du secteur privé, selon les priorités définies dans le cadre d'une carte sanitaire nationale,

La conduite d'une réforme hospitalière, qui donnera leur autonomie de gestion à l'ensemble des hôpitaux, afin d'y introduire un mode de gestion d'entreprise (basé sur la recherche de la performance) et d'y renforcer

    - o le développement du tiers payant, à travers la création de mutuelles de santé,

- l'implication des secteurs privés à la réalisation des missions de service public par la signature de conventions et de contrats d'objectifs et de moyens.
- faire une priorité l'amélioration de la qualité des soins et le renforcement de la gestion.
- le renforcement du rôle de l'Etat dans ses fonctions de régulation du système de soins : par l'exercice de sa tutelle, il sera à même d'orienter l'évolution de l'offre de soins vers davantage d'équité en apportant les subventions nécessaires à la viabilité des établissements de soins dans les zones les plus défavorisées du pays.

A ceux-ci s'ajoute l'adoption en 2000 du système de référence évacuation dont le document de référence est le cadre consensuel, à l'issu d'un atelier national regroupant toutes les parties intéressées : les structures techniques du ministère de la santé, les hôpitaux, les ONG et Associations de santé communautaire et les partenaires au développement.

Aux principes de commandement qui prévalait jusqu'à ce jour, l'Etat substituera celui de la responsabilisation et de l'évaluation.

Chapitre II : Le système de soins :

L'offre de soins est assurée par la présence de trois secteurs : un secteur public, un secteur privé non lucratif et un secteur privé à but lucratif, qui sont structurés en 2 niveaux :

- un premier niveau, qui permet de répondre à la demande des populations et qui assure la mise en œuvre des grands programmes de santé publique (PEV, lutte contre la tuberculose)

- un niveau de référence, qui reçoit les malades qui dépassent les compétences du 1er niveau.

- **Au premier niveau :**

1-Des Centres de Santé Communautaires ou CSCom :

Le CSCom est une structure sanitaire de premier niveau qui comprend un dispensaire, une PMI-Maternité et un dépôt de médicaments essentiels présentés sous leur dénomination commune internationale. Le CSCom est géré par une association d'usagers appelée Association Santé Communautaire (ASACO).

2-Des centres de santé associatifs :

Au début des années 1980, des travailleurs migrants résidents en France ont commencé à se regrouper en association, afin de soutenir le développement de leurs villages d'origine.

3-Des centres de santé confessionnels :

Ces centres ont été créés par des missions catholiques, qui sont liés à l'Etat par une convention signée entre le Ministère de la Santé et l'épiscopat.

4-Des cabinets privés urbains et ruraux.

En 1985, l'application des mesures d'ajustement structurel a conduit à l'instauration d'un concours d'entrée dans la fonction publique et à l'autorisation de l'exercice privé des professions de santé.
En 1989 le premier médecin a ouvert son cabinet rural dans un village à environ 400 Km de Bamako. Cet exemple a suscité chez les jeunes médecins le désir de travailler en zone rurale.

- **Au niveau de la référence et de l'hospitalisation**

Les structures de référence sont des établissements Etatiques. Au Mali, il existe trois niveaux de référence :

1-Des centres de santé de référence (CSREF) : ils sont situés au niveau de chaque chef lieu de cercle (ou de commune dans le district de Bamako), qui

correspondent au district sanitaire de l'OMS. Ils assurent la prise en charge des malades référés par les établissements du premier niveau.

2-Les hôpitaux régionaux : ils sont situés dans les principaux chefs lieux de région. Ils disposent d'un plateau technique et de compétences spécialisées, qui leur permettent d'assurer un niveau de 2ème référence.

3-Les hôpitaux nationaux : ils sont situés tous dans la capitale et sont de fait des centres hospitaliers universitaires. Avec les centres spécialisés que sont : l'IOTA, l'Institut Marchoux et le Centre National d'Odontostomatologie, ils assurent les soins de troisième référence et la formation en sciences cliniques des professionnels de santé. Ces structures bénéficient d'un statut d'Etablissements Publics à caractère Administratif (EPA).

- **Les cliniques privées :**

De plus en plus nombreuses, elles fonctionnent pour la plus part grâce à la vacation de spécialistes du public.

Chapitre III : Les innovations dans l'offre de soins :

Depuis 1989 et en réponse aux problèmes posés par l'instauration d'un concours d'entrée dans la fonction publique, des initiatives nouvelles ont vu le jour au Mali :

- la première innovation a conduit à l'expérimentation du concept de centres de santé communautaires, qui a pour principe fondamental de confier la gestion d'établissement de soins de 1er niveau à des associations d'usagers,

la deuxième innovation a permis la création de mutuelles de santé, qui vont permettre aux usagers d'anticiper sur leurs dépenses de santé dans un esprit de prévoyance et de solidarité.

Le libre conventionnement de ces mutuelles avec les centres de santé communautaires et certains cabinets privés devra permettre la constitution de filières de soins, s'appuyant sur les principes du « médecin référent».

- La troisième innovation a débuté en 1989 avec l'installation du premier « médecin de campagne ». Prenant acte des difficultés croissantes de l'Etat à recruter les nouveaux diplômés dans le secteur de la santé, de jeunes médecins ont décidé de retrouver le chemin des Villages pour y exercer leurs professions.

- La quatrième innovation a été l'instauration du système de référence évacuation organisé autour des centres de santé de cercle.

Malgré cette volonté politique, les indicateurs socio- sanitaires n'ont pas connu des améliorations escomptées, ce qui a conduit les autorités à définir un nouveau cadre de planification des activités de développement sanitaire et social. En 2002, il était dénombré plus de 600 Associations de santé communautaire qui sont gestionnaires

de plus de 600 Centres de Santé Communautaire (CSCom) dont 595 sont fonctionnels à travers le pays.

Malgré cette augmentation significative de la couverture sanitaire géographique, l'utilisation des services de santé reste à un niveau assez modeste. Elle a été de 0,2[2] contact par personne et par an pour les consultations curatives et de 38,46% pour les accouchements assistés.

Chapitre IV : Contexte de planification : Le PRODESS

Depuis le début des années 90, le Mali a développé un vaste réseau de Centres de Santé Communautaire (CSCom).

En 1996, les autorités ont lancé l'élaboration du Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2002 et son premier « plan quinquennal : Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) » couvrant la période 1998-2002. Le PDDSS consacre son volet 3 au financement alternatif de la santé pour lequel trois pistes sont envisagées notamment :

- l'instauration de l'Assurance Maladie Obligatoire pour les Salariés ;
- le développement des Mutuelles de Santé (Volet important puisque concernant la majorité de la population) ;
- la mise en place du Fonds d'Assistance Médicale (FAM) pour les indigents.

L'élaboration de ces programmes a été accompagnée par l'engagement d'une réforme institutionnelle et administrative de taille qu'est la décentralisation.

Les différente reformes engagées concrétisaient la volonté de l'Etat de responsabiliser davantage les populations et la société civile dans toutes les questions liées au développement et dans le domaine de la santé en particulier. Ainsi le gouvernement a décidé de responsabiliser la société civile. L'Union Technique de la Mutualité Malienne est à cet égard la structure de référence nationale. En plus de son bureau national, l'UTM dans le souci d'apporter un appui de proximité aux différentes initiatives, a entrepris de créer des représentations régionales. Il existe aujourd'hui des représentations à Kayes, Sikasso, Ségou et à Mopti.

TITRE III MECANISMES DE FINANCEMENT DES SOINS

Au Mali, le financement des soins de santé est assuré par les ménages. Cette situation a été plus marquée à partir des années 1980 avec l'application par l'Etat des Programmes d'Ajustement Structurel ainsi que le développement des centres de santé communautaire qui devaient fonctionner sur la base du recouvrement des coûts. Cet acte concrétisait la volonté de l'Etat de se désengager dans le financement des soins de santé et de résoudre en même temps le problème de l'accessibilité géographique de l'offre de soins.

[2] *Rapport annuel 2002 du PRODESS*

L'accessibilité financière est identifiée comme l'une des principales causes de la sous fréquentation des centres de santé.

Au Mali il n'existe pas encore d'assurance maladie obligatoire. Depuis quelques années des initiatives mutualistes et pré mutualistes voient le jour d'une façon générale avec la très grande participation de l'Union Technique de la Mutualité dans l'appui à la création et au développement de ce système.

Chapitre I : les Mutuelles de Santé

La volonté pour les autorités de lancer le développement est partie en 1992 avec la définition de la Politique sectorielle de santé et la politique nationale de la solidarité. L'Etat a manifesté son option de s'appuyer sur les organisations de la société civile (mutuelles, Associations et autres Ong etc.) pour une meilleure couverture de la population.

Dans le souci de favoriser la concrétisation de cette stratégie l'Etat a défini en 1996, l'environnement législatif et réglementaire de la mutualité. A la même période le gouvernement Malien et celui de la France signaient une première convention de 3 ans pour l'appui au développement des mutuelles de santé. C'est dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet que l'Union Technique a été créée an avril 1998.

• Section I : Le Cadre législatif et réglementaire

Le Gouvernement a adopté en 1996 de quatre textes législatifs et réglementaires concernant la mutualité qui sont :

La loi 96-022 du 21 février 1996 régissant la mutualité en République du Mali ;
Le décret 96-136/P.RM du 2 mai 1996 fixant les conditions de placements et de dépôts des fonds des mutuelles ;
Le décret 96-137 du 2 mai 1996 établissant les statuts types des Mutuelles, Union et Fédérations de mutuelles ;
L'arrêté interministériel 97-MSSPA/MATTS-SG du 2 avril 1997 déterminant les procédures d'agréments des mutuelles
Le dernier texte adopté est l'Arrêté N° 02-1742/MDS SPA- SG- du 19 août 2002: Portant mécanisme de contrôle administratif et Financier des mutuelles et Organisations mutualistes.

D'autres textes sont en cours d'élaboration notamment ceux sur :

- La Défiscalisation des Mutuelles

• Section II : La tutelle

La tutelle du mouvement mutualiste Malien est assurée par le Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées à travers la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire au niveau national et ses démembrements au niveau régional et des cercles.

Les rôles assignés à la tutelle se résument entre autres comme suit :

Garant des politiques nationales, l'Etat doit :

Créer le cadre législatif et réglementaire favorable à l'émergence d'un mouvement mutualiste fort,
- Créer un cadre institutionnel efficace,
- Contrôler à priori et posteriori la gestion administrative et financière des mutuelles,
- Délivrer des agréments,
- Encourager l'information, la sensibilisation et la formation des acteurs.

En adoptant ce texte, le Mali devenait le premier pays d'Afrique francophone à disposer d'un environnement législatif et réglementaire propre au mouvement mutualiste. La mise en place de l'Union Technique de la Mutualité a coïncidé avec le démarrage du premier plan quinquennat du PDDSS.
La définition de l'environnement législatif et réglementaire offre certains avantages que sont entre autres :
- la distinction des mutuelles des organisations de l'économie sociale ;
- la définition d'une procédure d'agrément ;
- la mise en place de la tutelle des mutuelles ;
- l'exigence de la réalisation d'une étude de faisabilité pour toutes les mutuelles.

Malgré ces avantages quelques difficultés existent. Il s'agit principalement:
- le caractère obligatoire des dispositions des statuts-types ;

la centralisation de la délivrance des agréments à Bamako ;
l'insuffisance des capacités d'agents de la tutelle dans l'analyse des dossiers de demande d'agrément.
la faible diffusion des textes au niveau des communautés à la base.

En l'absence de régime d'assurance maladie obligatoire, le développement du vaste réseau de centres de santé communautaire ne s'est pas accompagné de celui des mécanismes alternatifs de financement.

Depuis certain temps face aux difficultés de mobilisation de ressources pour le financement des soins de santé, des initiatives ont été développées en vue de rendre la demande de soins solvable. Trois mécanismes principaux ont été testés :
- Le pré paiement,
- Les caisses de Solidarité et
- Les mutuelles de santé.

NB : Le Système de référence évacuation est financé en partie par la caisse de solidarité

- **Section III : Les stratégies de développement de la mutualité au Mali**

Evolution du mouvement depuis le dernier inventaire

De l'inventaire précédent des mutuelles de santé au présent, des progrès importants ont été constatés sur la situation au Mali. Ces progrès seront analysés sous trois angles :

1. L'évolution de l'environnement législatif et réglementaire

A ce niveau une évolution institutionnelle a été observée il s'agit de la création de la Direction Nationale de la protection sociale et de l'économie solidaire. La création de cette direction qui assure la tutelle de la mutualité était du côté des autorités le témoignage d'une volonté politique longtemps affichée de promouvoir le mouvement mutualiste.

L'environnement législatif a été renforcé par :
-d'une part l'adoption d'un arrêté portant sur le contrôle des institutions et organismes mutualistes. L'adoption de ce texte établit le cadre qui permettra à la tutelle d'assurer le contrôle à priori et celui posteriori ;
-d'autre part l'Inspection des Affaires Sociales a été rendue fonctionnelle. Compte tenu des insuffisances constatées dans les textes un processus de leur relecture a été engagé et est en cours.

2. La situation des Organismes d'appui

Les structures qui appuient le développement des mutuelles ont connu également une évolution dans leur nombre.

Ainsi quatre opérateurs majeurs existent, ils sont appuyés dans la conduite des différents programmes par des organisations non gouvernementales nationales.
Il s'agit de :

- L'Union Technique de la Mutualité UTM,
- le CIDR Centre International pour le Développement et la Recherche,
- le PHR Plus (Partnership for Helf Reform Plus),
- La Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire et ses différentes directions régionales et ses services au niveau local.
- Dans la région de Sikasso dans le cadre d'une contractualisation avec la Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire, les Ong interviennent dans le développement des mutuelles de santé.

3. Evolution des mutuelles :

Lors du premier inventaire les mutuelles qui avaient effectivement commencé les prestations étaient en nombre assez limité. Mais maintenant que cela concerne *l'assurance Maladie Volontaire gérée par l'Union Technique où les prestations qu'elles gèrent elles mêmes, le nombre a connu une amélioration significative. Lors du dernier inventaire on dénombrait environ une dizaine de mutuelles agréées et actuellement on dénombre une trentaine de mutuelles qui ont obtenu leur agrément au niveau de l'administration. En terme de fonctionnalité les mutuelles au Mali qui assurent une prestation santé couvrent environ 30000 bénéficiaires toute garanties confondues.*

Le tableau sur la situation des mutuelles à la date du 30 juin 2003

Nombre	***Dénomination***
	Mutuelles Nationales
	Mutuelle de la Poste
	Mutuelle Interprofessionnelle du Mali
	Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture
	Mutuelle des Etudiants et Universitaires du Mali
	Mutuelle des Travailleurs de la SOTELMA
	Mutuelle du Trésor
	l'Amicale des fonctionnaires de la Police
	Mutuelle de l'Armée de Terre
	Mutuelle de la Garde Nationale
	Mutuelle de la Douane
	Mutuelle de l'ORTM
	Mutuelle des Travailleur du Budget
	Mutuelle des Artisans
	Mutuelle de l'Aviateur
	Mutuelle des Ingénieurs Forestiers Promotion 79
	Mutuelle des Travailleurs de la Statistique
	Mutuelle des Travailleurs des Affaires Etrangères
	Mutuelle la Cotonnière (CMDT)
	La Mutuelle des Administrateurs Civils

	Mutuelle du Gendarme
	Mutuelle Région de Kayes
	Mutuelle Interprofessionnelle de Kayes
	Mutuelle de Santé de MESEDIA - Séro
	Mutuelle de santé de Djidian
	Sundjiya Kéniéba
	Mutuelle des Maliens de l'Extérieur
	Région de Koulikoro
	Mutuelle de santé Inter villageoise de Kati
	Mutuelle de santé de Niona (Aire de santé de Nangola)
	Mutuelle Jigiya Koulikoro
	Région de Ségou
	Mutuelle Interprofessionnelle de Ségou
	Mutuelle de Santé de Bla
	Mutuelle de Santé de Kéméni
	Mutuelle Santé Kènèyaton de Niono Seriwala km 30
	Mutuelle des Cinzana Gare
	Mutuelle de santé de Konodimini
	Mutuelle de Togou
	Mutuelle de Santé de San
	District de Bamako
	Mutuelle de santé de Kalabambougou
	Mutuelle des Tailleurs de la Commune VI
	Mutuelle du Sans Fil
	Mutuelle Kanouya
	La Mutuelle des Travailleurs du PMU Mali
	Mutuelle des Travailleurs du contrôle des Services publics
	Mutuelle du Personnel de la Mairie de la Commune II
	La Mutuelle des Footballeurs

	Région de Sikasso
	Mutuelle interprofessionnelle de Sikasso
	Mutuelle de Santé de Kourouma
	Mutuelle de Santé de Kiffosso
	Mutuelle de santé de Gouéle
	Mutuelle de Santé de Kouri
50	Mutuelle de santé de Banesso
51	Mutuelle de Santé de Karangana
52	Mutuelle de Santé de Bougoula Ville
53	Mutuelle de Santé de Wayerma
54	Mutuelle de santé de Fourouma
55	Mutuelle de santé de Koutiala
56	Mutuelle des Cotonniers de Nongon
57	Mutuelle de Santé de Kafana
58	Mutuelle de Santé de Tella
59	Mutuelle de santé de Kignan
60	Mutuelle de Santé de Konina
61	Mutuelle Yanfolila
	Région de Mopti
62	Mutuelle Kénéyaso
63	Mutuelle Diocésaine de l'Enseignement catholique

4. Démarche des différents intervenant

- **PHR plus** :

Son intervention se situe dans le cadre d'une étude sur l'équité dans l'accès aux soins. A la suite de cette étude, les populations ont sollicité la mise en place de mutuelles de santé.

Il intervient dans la région de Sikasso et celle de Ségou dans le Cercle de Bla. Son intervention a concerné le développement de 4 mutuelles à la carte dont deux dans chaque région. Le Choix des différentes zones a été précédé d'une étude qui a permis de mieux cibler les zones. A la fin de cette étape des formations ont été

conduites en direction des promoteurs des différentes mutuelles en vue de leur implication dans la conduite des activités de sensibilisation et d'étude de faisabilité économique et sociale. Les différentes mutuelles créées ont obtenu leurs agréments et assurent à l'heure actuelle des prestations à leurs bénéficiaires.

- **CIDR** :

Le Centre International pour la Recherche et le Développement intervient dans la région de Mopti. Le lancement de la mutuelle de santé dans cette localité par le CIDR s'est opéré à partir des groupements de femmes qui sont bénéficiaires de son programme de micro crédit. Le programme de micro crédit compte plus de 3000 femmes qui sont les adhérentes potentielles à la mutuelle de santé.

- ***La Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire et ses Services Déconcentrés***

Elle intervient dans les différentes campagnes de communication et de sensibilisation dans le cadre de la mise en place de mutuelles de santé.
La démarche utilisée à ce niveau met l'accent sur l'implication des organisations de la société civile dans la mise en oeuvre des différentes activités de promotion et de création des mutuelles de santé.

Au niveau central et régional des contacts sont maintenus avec les représentations de l'UTM et certaines Ong pour la mise en œuvre des activités. Dans la région quatre Ong sont en contractualisation avec la direction pour la conduite des activités de développement communautaire dont le développement des mutuelles de santé.

Union Technique de la Mutualité Malienne : UTM

L'Union Technique de part sa vocation est la structure qui a une représentativité plus importante à travers le pays. Elle est reconnue par les autorités comme structure chargée de promouvoir le développement de la mutualité au Mali.
Dans le cadre de sa stratégie d'intervention, l'Union Technique de la Mutualité a fait deux choix en matière d'approche.

1. Approche du Milieu Urbain: l'Assurance Maladie Volontaire

L'UTM, sous l'impulsion des mutuelles qui la composent, a été amenée à créer un produit santé standard: l'Assurance Maladie Volontaire ou AMV. Celui-ci peut être distribué par toutes les mutuelles qui en font la demande. A la demande des mêmes mutuelles ce produit est actuellement géré par l'UTM.
Ce choix de produit et de type de gestion répond à des réalités économiques et sociales propres au milieu urbain et à la structuration actuelle du mouvement mutualiste malien.

D'abord nous assistons dans les zones urbaines l'élargissement des mails du tissu social malien ce qui rend plus difficile l'investissement des populations dans des œuvres solidaires et collectives.
Ensuite, nous sommes face à un mouvement mutualiste malien qui ne possède pas aujourd'hui toutes les capacités techniques et financières nécessaires à une diffusion

massive de leur produit santé. A cela vient s'ajouter une réelle difficulté de mobilisation des adhérents dans les mutuelles ayant une ampleur nationale.

Dans ce contexte l'AMV apparaît comme un produit facile d'accès pour les populations urbaines, mais aussi pour les mutuelles dans la mesure ou elles peuvent le proposer à leurs adhérents avec un minimum d'investissement.

Quels sont les taux de cotisation et le niveau de remboursement ?

Les catégories de prestations couvertes sont au nombre de trois :

Niveau 1 : Hospitalisation,
Cotisation : 270 FCFA par personne et par mois
Remboursement : 75%

Niveau 2 : Soins ambulatoires
Cotisation : 210 FCFA par personne et par mois
Remboursement : 60%

Niveau 3 : Hospitalisation et Soins ambulatoires
Cotisation : 440 FCFA par personne et par mois
Remboursement : 75% Hospitalisation
60% Ambulatoire

Sont pris en charge par la couverture ambulatoire: Consultations, Médicaments essentiels, Laboratoire de base, Consultations prénatales, Accouchement simple, Consultations postnatales

Sont pris en charge par la couverture hospitalisation: les actes chirurgicaux, les actes médicaux, la maternité dystocique, Transport (urbain, inter urbain), les médicaments essentiels, les frais d'hôtellerie.

Quel Mécanisme de Paiement des Prestations ?

L'Union Technique de la Mutualité Malienne Utilise le Système de **Tiers Payant** avec les Prestataires conventionnés. Aujourd'hui, plus d'une vingtaine de centre à tous les niveaux sont conventionnés par la mutualité Malienne. Les bénéficiaires de l'AMV, payent leur ticket modérateur au centre et le reliquat est remboursé par la Mutualité directement aux centré conventionné sur présentation de facture selon une périodicité convenue entre les deux parties

Quelles sont les missions de l'UTM en qualité de gestionnaire ?

La gestion administrative financière de l'AMV est assurée par l'Union Technique à travers son **Service de Gestion des Garanties Santé**. Ce service appuyé par les autres membres de l'équipe de l'UTM assure pour le compte des mutuelles qui diffusent l'Assurance Maladie Volontaire les activités suivantes :

- la gestion du processus de conventionnement avec les structures sanitaires (négociation, signature et suivi) ;

- l'encaissement des cotisations recouvrées par les mutuelles ;
- la réception et l'enregistrement des adhésions des mutuelles ;
- la confection des cartes des mutualistes et de leurs bénéficiaires ;
- la réception et le traitement des demandes de remboursement des structures conventionnées ;
- la commercialisation des garanties santé auprès des entreprises et des différents groupes ;
- l'appui aux mutuelles dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de diffusion de l'Assurance Maladie Volontaire ;
- la gestion du fichier des bénéficiaires ;
- l'édition de la liste des bénéficiaires à l'intention des structures conventionnées ;
- la production de situation financière périodique à l'intention des différentes mutuelles.

Ces différentes missions sont assurées par l'Union Technique et ses représentations à travers le pays :
Bamako, Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti.

Quels organes de gestion

La Loi 96 022 régissant la mutualité en république du Mali stipule dans sont **titre III** : administration - gestion - contrôle - ressources - dispositions financières. **Article 27** : que la gestion d'une mutuelle de santé est assurée par :

- L'Assemblée Générale : organe de décision et qui définie la politique générale ;
- Le Conseil d'Administration : organe de gestion et qui oriente l'AG dans sa prise de décision ;
- La Commission de Contrôle : Organe de surveillance.

Par conséquent, tous les acteurs du mouvement mutualiste se conforment à cette loi.

2. Approche en milieu rural

La société Malienne est aujourd'hui encore composée à plus de 70% de personnes vivant en milieu rural. Le développement de la mutualité au Mali passera donc par la couverture de ces populations. L'approche de création des mutuelles en milieu rural

est basée sur le développement de mutuelles avec des prestations à la carte. Chaque aire de santé met en place les prestations à offrir en fonction des besoins prioritaires des adhérents et leurs capacités à cotiser à la mutuelle.

L'UTM pour rendre son appui aux populations du monde rural plus efficace, est en train de mettre en place des structures décentralisées. Le bureau de Kayes existe depuis février 1999 le bureau de Sikasso depuis février 2001, le bureau de Ségou en février 2002 et celui de Mopti en Octobre 2003.

Les missions de ces structures régionales sont de :

- susciter la création de mutuelles et notamment d'une mutuelle interprofessionnelle dans les principales villes des cercles. Ceci passe par une prise de contact avec les administrations, les entreprises, les associations, les coopératives, les ONG, les particuliers dans le but de repérer les personnes ressources qui seront demain les acteurs et sans doute les futurs dirigeants de ces mutuelles. Le produit mis en place dans ces mutuelles est choisi par les populations sur la base d'une étude de faisabilité.

- concevoir et exécuter un programme d'information et de sensibilisation sur la mutualité. Ceci à l'aide, entre autre, de supports tels que la radio ou la presse écrite.

- être l'outil de recensement des besoins en formation des mutualistes de la région. Ce qui passe par l'organisation, en collaboration avec les services compétents de l'UTM, de cessions de formations. Dans la mesure du possible elles se tiennent directement dans les régions.

- participer à l'animation des sections des mutuelles nationales.

- suivre l'évolution des mutuelles.

- apporter aux mutuelles l'assistance nécessaire dans le cadre des orientations générales définies par l'UTM, mise en place de l'Assurance maladie Volontaire

- suivre les conventions signées avec les prestataires de soins. La qualité des soins, l'accueil des patients, l'application du tiers payant ainsi que les tarifs sont les principaux éléments pris en compte. Ce travail est préalable à la signature des conventions de partenariat.

1. Quelques résultats

Au lancement de l'Union Technique, il n'existait au Mali aucune mutuelle de santé, actuellement on en dénombre plus d'une soixantaine de mutuelles de santé répartie comme suit :

	Nationales	**Kayes**	**Bamako**	**Koulikoro**	**Sikasso**	**Mopti**	**Ségou**	**Total**
Mutuelles Nationales	20							20
Mutuelles locales		5	8	3	17	2	8	43
Total								***63***

La région de Sikasso vient en tête avec environ 17 mutuelles. Deux raisons expliquent cette situation :

La première c'est la région où la première mutuelle de santé au Mali (Nongon) a commencé ces prestations ce qui servit de modèle à d'autres populations de la région ;
La deuxième est l'existence de partenaires au développement engagés à soutenir le développement de la mutualité au niveau de la région.

Le mouvement mutualiste toute prestation confondue couvre actuellement **30 000 personnes** ce qui fait d'elle le premier mécanisme en matière de protection contre la maladie.

Chapitre II Systèmes de Référence/Evacuation

Basé sur la solidarité, le système de référence/évacuation a été initié par l'état et ses partenaires en collaboration avec les structures sanitaires intéressées et la société civile dans le but d'amener les populations à prendre en charge leurs soins de santé.

La référence/évacuation utilise la périnatalité comme porte d'entrée pour impliquer tous les acteurs (personnel de santé aux différents niveaux, population, partenaires au développement) dans les efforts visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale.

Le cadre conceptuel de l'organisation du système de référence évacuation au Mali est le document de référence dans lequel sont définis les principes directeurs de mise en place du système de référence/évacuation, mais aussi le schéma directeur des étapes de la mise en œuvre de la référence /évacuation.

- **L'Approche**

L'organisation de la référence pour la prise en charge des urgences obstétricales est un processus décentralisé qui se fait au niveau de chaque cercle et commune avec l'appui du ministère de la santé à travers ses différents démembrements. Tous les cercles et communes du district élaborent leur approche pour l'organisation de la référence à partir du cadre conceptuel dont les étapes suivantes font parties :

1-Elaboration du Cadre de Référence/Evacuation :

qui est basé sur l'analyse contextuelle. Cette analyse a pour objet de faire l'état des lieux de ce qui existe en matière de prise en charge. Les besoins et projets de l'aire de santé en matière d'organisation de la référence/évacuation sont définis en fonction de cette analyse. Elle est faite par les autorités sanitaires locales avec l'appui de la division santé de la reproduction. Cette analyse se fait sous forme d'étude de faisabilité.

Après l'étude de faisabilité, un atelier sera organisé pour l'approbation ou l'amendement du document par le personnel du CSCOM, Csréf et le CSAR.

Cette rencontre restreint sera suivi, d'une rencontre plus élargie dont l'objet est d'informer les parties prenantes sur les grandes lignes du cadre conceptuel et de discuter sur le partage de coût.
Prendront part à cette rencontre sous forme d'atelier : les élus locaux, le personnel sanitaire, les ASACO, les groupements et associations intervenant dans la santé, les maires et les différents partenaires intervenants dans l'aire de santé. Cet atelier sera suivi de la restitution par les maires et les ASACO au niveau des villages pour recueillir l'avis de la population sur les principes de la référence évacuation.

2-Le Consensus sur le Partage de Coûts :

Plusieurs scénarios de partage de coût entre la partie clientèle, l'ASACO, la mairie, le conseil de cercle, le centre de santé et l'état sont faits. L'accord de principe se fait sur le choix d'un seul scénario après lequel la période de démarrage de l'organisation du système de référence/évacuation est fixé.

Les ASACO en collaboration avec les CSCOM et les Csréf, procèdent à la mise en place des mécanismes de financement des différentes caisses (caisse de solidarité, mutuelle …). Cette étape est suivie de la formation du personnel en périnatalité et la mise en place des supports de gestion.
Les moyens logistiques de transports et de communication ainsi que les infrastructures physiques doivent être disponibles et opérationnels avant le démarrage du système.

- **Résultat Des Enquêtes de la Concertation sur le Système Référence/Evacuation**

1-Cible : dans sa conception, le système de référence/évacuation vise la prise en charge des accouchements compliqués. Mais dans la pratique et en fonction des localités, tout le monde bénéficie de ce système.

2-Condition d'adhésion : l'adhésion est automatique dès que le Centre de Santé Communautaire (**CSCOM**) est légalement considéré comme fonctionnel.

3-Critère de fixation de la cotisation : la Cotisation est de façon générale fixée en fonction de la taille de la population à risque. Elle est annuelle mais répartie semestriellement ou trimestriellement selon la volonté des cotisants. En moyenne, elle se situe dans les marges de **7500** à **25000 FCFA** par mois et par Aire de santé. La cotisation est payée par le Centre de Santé Communautaire souvent aidée par la Mairie de l'aire. Certains CSCOM payent la cotisation à partir de leurs recettes, mais d'autres le font payer à travers la vente de carnet de membres.

La technique suggérée par les médecins des CSRéf est de repartir cette cotisation entre la population de l'aire. Et si on essaye de repartir entre la population totale, à peine si la cotisation par tête dépasse **10 F CFA/mois/personne**.

4-Répartition des charges :

- le CSCOM en payant la cotisation, assure la population de son aire quel que soit le nombre de risque survenu.

- le CSRéf en cas de la survenance du risque, assure l'acte, le Kit, la stérilisation du matériel ainsi que la literie durant toute la durée de l'hospitalisation.

-la patiente, paie un forfait pour l'évacuation. Ce forfait est réparti entre la prime du chauffeur, le carburant (montant par Km) et un pourcentage pour l'entretient du véhicule.

- Selon les localités, la patiente peut acheter les médicaments ou bien le Kit est assuré par la caisse de solidarité.

- Dans certaines localités, les hommes bénéficient aussi de ce système mais à des différences près.

5- Modalité de prise en charge :

En cas de complication de l'accouchement, le premier niveau (CSCOM) prévient la référence (CSREF) par RAC. Ce dernier se prépare techniquement et envoie l'ambulance chercher l'adhérente sur place moyennant un forfait (un montant par Km pour les femmes en travail difficile qui est différent des autres cas d'évacuations). La patiente paie, soit un forfait pendant toute la durée de l'hospitalisation y compris la literie, soit achète les médicaments et l'acte est alors à la charge de la référence, soit tout est assuré par le système (le cas des indigents). L'exemple le plus concret de ce dernier cas est celui de Dioila

Chapitre III Caisse d'Epargne et de Crédit, Fonds d'Assistance Maternel, Associations, Unité De Soins

- **Caisse d'Epargne et de Crédit :**

Au niveau des caisses d'épargne et de Crédit (KONDO, KAFO, NYESSIGUISO, CANEF) il n'existe aucun mécanisme de prise en charge des soins de santé (contrairement à ce qu'on a cru) des bénéficiaires en cas de la survenance du risque maladie

- **Fonds d'Assistance Maternel :**

Ce système de financement des soins a été mis en place à Dioila par le service social pour aider la population dans la prise en charge des dépenses de santé (gros risque surtout). Elle fonctionnait sous forme de prêt conditionnée à l'achat du carnet et moyennant un petit paiement d'intérêt. A la date d'aujourd'hui, le Fonds d'Assistance Maternel n'existe plus et a laissé sa place à la référence évacuation.

- **Association et Unité de Soins :**

Ces systèmes de financement des soins de santé ont été mis sur place par la population elle même avec l'appui de certains partenaires techniques. Le rapport de la concertation en dira plus.

Chapitre IV LES SYSTEMES DE FINANCEMENT DES SOINS ENQUETES ET LEURS STRUCTURES D'APPUI

Le tableau ci-dessous donne les systèmes de financement des soins de santé enquêtés au Mali, leurs spécificités et leurs structures d'appui. Ce tableau sera complété par la concertation car nous n'avons pas gardé de support à notre niveau.

N°	NOM DU SYSTEME	STRUCTURE D'APPUI	CONTACTE
1	Système de Référence Evacuation de Fana	Etat et Partenaires	
2	Système de Référence Evacuation de Dioila	Etat et Partenaires	
3	Système de Référence Evacuation de Kangaba	Etat et Partenaires	
4	Système de Référence Evacuation de Kolokani	Etat et Partenaires	
5	Système de Référence Evacuation de Ouélléssébougou	Etat et Partenaires	
6	Système de Référence Evacuation de Bananba	Etat et Partenaires	
7	Système de Référence Evacuation de Sélingué	Etat et Partenaires	
8	Système de Référence Evacuation de Koulikoro Ville	Etat et Partenaires	
9	Système de Référence Evacuation de San	Etat et Partenaires	
10	Système de Référence Evacuation de Niono	Etat et Partenaires	
11	Système de Référence Evacuation de Mopti Ville	Etat et Partenaires	
12	Système de Référence Evacuation de Badiangara	Etat et Partenaires	
13	Système de Référence Evacuation de Koro	Etat et Partenaires	
14	Système de Référence Evacuation de Djéné	Etat et Partenaires	
15	Système de Référence Evacuation de Bankass	Etat et Partenaires	
16	Système de Référence Evacuation de Sikasso Ville	Etat et Partenaires	
17	Système de Référence Evacuation de Koutiala	Etat et Partenaires	
18	Système de Référence Evacuation de Kadiolo	Etat et Partenaires	
19	Système de Référence Evacuation de Yorosso	Etat et Partenaires	
20	Système de Référence Evacuation de Kayes Ville	Etat et Partenaires	
21	Système de Référence Evacuation de Kita	Etat et Partenaires	
22	Système de Référence Evacuation de Yélimané	Etat et Partenaires	
	Union Technique de la Mutualité Malienne	**Etat/Coop Francçaise**	
	MUTUELLE DE SANTE NATIONNALE		
23	Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture (MUTEC)	UTM	
24	Mutuelle des Artisans du Mali (MUTAM)	UTM	
25	Mutuelle des Postiers du Mali (MUPOSTE)	UTM	
26	Mutuelle « Association des Secours Mutuels »-ORTM	UTM	
27	Mutuelle des Télécommunications du Mali (MUTEL)	UTM	

28	Mutuelle des Etudiants du Mali (MUEMA)	UTM	
	MUTUELLE DES FORCES ARMEES	UTM	
29	Mutuelle de l'Armée de Terre (MU-AT)	UTM	
30	Mutuelle de l'Aviateur du Mali (MUTAV)	UTM	
31	l'Amical de la Mutuelle de la Police Nationale	UTM	
32	Mutuelle de la Gendarmerie Nationale	UTM	
	MUTUELLE INTERPROFFESSIONNELLE		
33	Mutuelle Interprofessionnelle du Mali (MIPROMA)	UTM	
34	Mutuelle Interprofessionnelle de Kayes (MIPROKA)	UTM	
35	Mutuelle Interprofessionnelle de Sikasso (MIPROSSI)	UTM	
36	Mutuelle Interprofessionnelle de Ségou (MUTISE-KENEYATON)	UTM	
37	Mutuelle Interprofessionnelle de Kéniéba (SUNJIYA)	UTM	
	AUTRES		
37	Mutuelle de Santé de Kati	UTM	
38	Mutuelle de Santé des Travailleurs -Permanents-Revendeurs-Contractuels du Parie Mutuelle Urbain Du Mali (MUT-PMU/MALI)	UTM	
39	Mutuelle de Santé des travailleurs du Trésor Du Mali (MUTOR)	UTM	
40	Mutuelle de Santé Kénéyaton (MUSAK)	UTM	
41	Mutuelle des Ingénieurs Forestiers Promotion 79	UTM	
42	Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture (Division Kayes, Kita)	UTM	
43	Mutuelle des Artisans du Mali (Division Kayes, Kita)	UTM	
44	Mutuelle de Santé DJIGIYA de Koulikoro (MU-DJIGIYA)	UTM	
45	Mutuelle de Santé de Niona	UTM	
46	Mutuelle de Santé de Wayerma	Phr plus	
47	Mutuelle de Santé KENEYASO		
48	Mutuelle de Santé de Dtogo de Ségué-Ire		

49	Mutuelle de Santé de Kignan (MU-KIGNAN)	UTM	
50	Mutuelle de Santé de Fana (MUKAFAN)	UTM	
51	Mutuelle de Santé de Gnongondéméton de Konina		
52	Mutuelle de Santé de Nongon	UTM	
53	Mutuelle de Santé de Fourouma	UTM	
54	Mutuelle de Santé de Tella	UTM	
55	Mutuelle de Santé de Koutiala (MUSAKO)	UTM	
56	Mutuelle de Santé de Kourouma (MIPROSK)		
57	Mutuelle de Santé de Karangana		
58	Mutuelle de Santé de Nubangsiké de Kifosso		
59	Mutuelle de Santé Danaya de Koury		
60	Mutuelle de Santé Djigisémé de Guoélé		
61	Mutuelle de Santé de Djidian	UTM	
62	Mutuelle Endam Séro-Diamanou (MESEDIA)	UTM	
63	Mutuelle de Santé de Cinzana	UTM/GTZ	
64	Mutuelle de Santé de San	UTM	
65	Mutuelle de Santé de Sériwala Km 30	UTM	
66	Mutuelle de Santé de Kéméni	UTM	
67	Mutuelle de Santé de Bla	UTM	
68	Mutuelle de Santé de Konodimini	UTM	
69	Mutuelle de Santé de Togou		
	AUTRES SYSTEMES		
70	Fonds d'Assistance Maternel	Service Social de Dioila	
71	Unité de Soins et Conseil		
72	Association Féminine de KATELA (Zégoua)		
73	Association Féminine JEKOMA de Nassoulou (Zégoua)		
74	Association des Chauffeurs de Kadiolo		
75	Kénéya Gnongondémé Ton Konina		
	CAISSES D'EPARGNE ET DE CREDIT		
76	NYESSIGUISO		

77	KAFO		
78	KONDO		
79	CANEF		

TITRE IV DIFFICULTES RENCONTREES ET RECOMMANDATIONS

Chapitre I Difficultés Rencontrées

-Dans l'ensemble, les systèmes de financement des soins de santé ont trouvé que le questionnaire était trop volumineux raison pour laquelle il n'a souvent pas été répondu en une seule rencontre. Les personnes ressources même s'ils avaient la volonté, souvent leurs responsabilités au niveau de leurs services (surtout pour le système de référence évacuation) faisaient défaut et certaines questions n'ont pas trouvé leurs réponses faute de statistique disponibles en la matière.

-Pour les Enquêteurs qui n'ont pas bénéficié des facilités en moyen de déplacement par l'UTM, ont été confrontés au problème des transports en commun qui a eu comme corollaire l'échec de leur plan notamment à Ségou et Mopti. Aussi l'inadaptation du questionnaire aux autres systèmes de financement des soins de santé, surtout le système de référence évacuation. Concernant ce dernier, les enquêteurs ont eu du mal à moduler certaines questions pour au moins avoir une réponse convenable, car même les gestionnaires de la référence/évacuation ne la maîtrisent pas. Ce système est objectivement intéressant (mais très mal organisé).

-Il faut signaler que l'enquête a coïncidé avec la période d'hivernage, ce qui a encore rendu le déplacement plus difficile.

-Sur le plan financier, le budget mis à la disposition du Mali était insignifiant au regard de l'immensité du Pays et des objectifs de l'enquête.

Suite à ces difficultés énumérées, nous formulons des recommandations pour l'inventaire prochain de la concertation.

Chapitre II Recommandations pour les prochains inventaires

Les systèmes à base communautaire d'assurance maladie sont divers dans nos différents pays et il n'est pas évident que tous ces systèmes ont la même configuration. Pour la conception du questionnaire, Il serait bon pour les prochaines enquêtes, de :

-demander à chaque point focal, de mettre à la disposition de la concertation, des informations sur les différents systèmes fonctionnels (à enquêter) dans son pays. Ceci permettra d'élaborer un questionnaire adapté à tous les systèmes ou des questionnaires spécifiques pour chaque système à enquêter ;

-Faire un deuxième questionnaire plus court à l'endroit des organisations non mutualistes au sens de la loi;

-Etablir un contact régulier entre les points focaux et les systèmes déjà enquêtés afin que ceux-ci puissent envoyer régulièrement à la Concertation les informations concernant les modifications subies en cours d'année.

Conclusion

De la dernière enquête de l'inventaire de la concertation, le mouvement mutualiste malien ne comptait ***que trente trois mutuelles*** toutes prestations confondues. Les mutuelles de santé étaient au nombre de vingt 22 dont 10 fonctionnelles et douze en gestation.
A la date d'aujourd'hui, nous avons 64 mutuelles dont 31 agréées. Cette situation nécessite que la quantité des publications périodiques de la concertation soit revue à la hausse, afin que tous les systèmes de financements des soins de santé puissent accéder à ces publications.

Du point de vue pertinence, le questionnaire de la concertation a touché tout ce qui concerne la vie d'une Mutuelle de santé. Du côté des enquêteurs et des systèmes de financement des soins de santé, l'enquête a été avantageuse sur des points parmi les quels on peut citer :

-la prise de conscience par les gestionnaires de la référence/évacuation des faiblesses de leurs systèmes

-le recul des mutuelles par rapport à des points (la tenue des outils de gestion…) de leurs fonctionnements, comportements à l'égard de leur mutuelle (la participation active à la vie de leur mutuelles)…;

-l'Eveil de conscience des responsables des systèmes de financement des soins de santé (surtout les mutuelles en gestation ou en difficulté et les autres systèmes en cessations) sur l'importance et la diligence de la question de prise en charge des soins de santé ;

-le courant de transmission en matière d'information entre les systèmes de la région (un micro réseau). Il faut noter que ces autres systèmes de financement des soins de santé (en dehors des mutuelles) sont en situation d'enclavement, personne n'est au courant de comment fait l'autre,

-la mise à jour au niveau national par l'UTM, de son fichier de mutuelles,

-la découverte et la connaissance du service des enquêteurs ainsi que ses avantages en matière d'offre de garantie santé, en appui au développement des mutuelles, de motiver ceux qui en avaient besoin et de cibler d'autres terrains d'interventions ;

-Elle a été d'une importante source d'échange, d'information et de promotion pour la mutualité santé même si c'est au niveau micro ;

-l'enquête à été pour nous, une autre école d'apprentissage des systèmes de financement des soins de santé.

ENQUETEURS

Bibliographie

- **Enquête Démographique et de Santé (EDSM-III)**
- **Atelier sur le Financement de la santé à Genève**
- **Revue Semestrielle du PRODESS (4-6 Juillet 2000)**
- **Découverte et Connaissance de la Mutualité au Mali (version 2003)**
- **Catalogue des Bonnes Pratiques en Santé de la Reproduction Avril 2003**
- **l'Enfant en Milieu Tropical : Initiative de Bamako des Expériences en soins de santé Primaire N°184/185 (1990)**
- **Programme de Développement Socio-Sanitaire : Programmation Technique pour l'année 2000**
- **Réflexion sur l'organisation de référence dans le cercle de Kolokani 1996**
- **Système Local d'information Sanitaire 1999**

Loi n°96-022/Régissant la Mutualité en République du Mali

Promulgué le 21 février 1996

Loi n°96-022/Régissant la mutualité en République du Mali

L'assemblée Nationale a délibéré et adopté en sa séance du 14 décembre 1995 ;

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

TITRE I : **DISPOSITIONS GENERALES - DEFINITION - OBJET**

Article 1er : La présente loi fixe les principes fondamentaux régissant la Mutualité en République du Mali.

Article 2 : Les mutuelles sont des groupements à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres se proposent de mener dans l'intérêt de ceux-ci ou de leurs familles une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide.

A ce titre, elles assurent notamment :

- la prévention des risques sociaux liés à la personne et à la réparation de leurs Conséquences ;
- la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou handicapées ;
- le développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et L'amélioration de leurs conditions de vie.

Article 3 : Pour la réalisation des objectifs définis à l'Article 2, les mutuelles peuvent :

- mener toutes opérations participant à la réparation des risques sociaux ;
- créer conformément à la Législation en vigueur des établissements ou services à caractère sanitaire, médico-social ou culturel.

TITRE II : **REGLES GENERALES DE FONCTIONNEMENT DES MUTUELLES**

CHAPITRE I : **Droits et Obligations des membres**

Article 4 : Les mutuelles comprennent d'une part, des membres participants qui, en contrepartie du versement d'une cotisation, acquièrent ou font acquérir vocation aux avantages sociaux, d'autre part, elles peuvent admettre des membres d'honneur qui payent une cotisation, font des dons ou ont rendu des services équivalents sans bénéficier des avantages sociaux.

Article 5 : Les membres participants sont égaux en droits et obligations.
Les mutuelles ne peuvent instituer en ce qui concerne le niveau des prestations et des cotisations des discriminations entre membres ou catégories de membres participants, si elles ne sont pas justifiées par les risques apportés, les cotisations fournies ou la situation de la famille des intéressés.
Les cotisations peuvent être modulés en fonction du revenu des membres participants.

CHAPITRE II : Statuts

Article 6 : Les statuts déterminent :

1. le siège social ;
2. l'objet de la mutuelle
3. les conditions et les modes d'admission, de démission, de radiation et d'exclusion des adhérents et éventuellement des membres d'honneur ;
4. l'organisation, le fonctionnement, la gestion et le contrôle de la mutuelle ;
5. la composition du bureau du conseil d'administration et de la commission de contrôle, le mode d'élection et de remplacement de leurs membres, la nature et la durée de leurs pouvoirs ;
6. les conditions de vote de l'assemblée générale et du droit pour les membres participants de se faire représenter ;
7. les obligations et les droits des membres participants ou de leurs familles ;
8. les modes de placement ou de retrait des fonds ;
9. les modes de représentation des délégués des unions et fédérations de mutuelles en assemblée générale ;
10. les conditions de la dissolution volontaire de la mutuelle ou de sa liquidation ;
11. les dispositions à prendre en cas de disparition d'un membre.

Article 7 : Un décret pris en Conseil des Ministres établit les statuts-types des mutuelles, unions et fédérations des mutuelles et détermine les dispositions de ces statuts-types qui ont un caractère obligatoire.

Article 8 : Les mutuelles sont tenues de mentionner dans leurs statuts, règlements, contrats, publicités ou tous autres documents qu'elles sont régies par la présente loi.

Sauf exception résultant d'une disposition législative expresse, il est interdit de donner toute appellation comportant les termes « mutuel », « mutuelle », « mutualité » ou «mutualiste » à des groupements dont les statuts ne sont pas approuvés conformément à l'Article 9.

Il est également interdit à tous autres groupements de faire figurer dans leurs statuts, contrats, documents et publicités toute appellation susceptible de faire naître une confusion avec les groupements régis par la présente loi.

Article 9 : Toute mutuelle est tenue de déposer ses statuts après approbation de l'assemblée constitutive auprès de l'autorité administrative contre récépissé.

Article 10 : Aucune mutuelle ne peut fonctionner avant :
- L'obtention du récépissé délivré par l'autorité administrative de son siège;
- L'approbation par le ministère de tutelle

Article 11 : l'approbation ou le refus d'approbation doit intervenir dans un délai de trois (3) mois, à compter de la date de réception des statuts par l'autorité administrative.

Article 12 : L'approbation ne peut être refusé que lorsque :

1. Les statuts de la mutuelle ne sont pas conformes aux dispositions de la loi ou aux dispositions obligatoires des statuts- types mentionnés à l'Article 7.

2. les recettes prévues ne sont pas proportionnées aux dépenses et aux engagements.

Article 13 : Les modifications statutaires ne peuvent entrer en vigueur qu'après leur approbation par l'autorité administrative.
Elles sont considérées comme acceptées si à l'expiration d'un délai d'un mois, l'approbation n'a pas été refusée que dans les cas prévus à l'Article 12.

Toutefois, les modifications des dispositions statutaires fixant le montant ou le taux des cotisations et des prestations ne font l'objet que d'une déclaration à l'autorité administrative.

CHAPITRE III : **Unions et Fédérations de Mutuelles**

Article 14 : Les mutuelles peuvent constituer entre elles, des unions qui ont notamment pour objet de créer des établissements et services mentionnés à l'Article 3 de la présente loi ou des services de réassurance communs à l'ensemble des mutuelles adhérentes. Ces unions peuvent se grouper en fédérations de mutuelles en vue de poursuivre les mêmes buts.

Les unions et fédérations ne peuvent s'immiscer dans le fonctionnement interne des mutuelles adhérentes.

Article 15 : L'assemblée générale des unions et fédérations est composée des délégués, des mutuelles adhérentes, élus dans les conditions déterminées par les statuts. Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale sont obligatoires pour les mutuelles adhérentes.

Article 16 : Sous réserve des dispositions ci-dessus les unions de mutuelles et les fédérations sont régies par les mêmes dispositions que les mutuelles.

CHAPITRE IV : Fusion, Scission, Dissolution et Liquidation

Article 17 : La fusion de deux ou de plusieurs mutuelles est prononcée à la suite des délibérations concordantes de l'assemblée générale de la ou des mutuelles appelées à disparaître et de la mutuelle absorbante. Elle devient définitive après approbation du Ministre de Tutelle dans les conditions définies par l'Article 11.

Article 18 : Le groupement absorbant reçoit l'actif et est tenu d'acquitter le passif.

Article 19 : la scission d'une mutuelle en plusieurs mutuelles peut être prononcée par une assemblée générale statuant comme en matière de dissolution.
Elle devient définitive après approbation dans les conditions définies par l'Article 10 de la présente loi.

Article 20 : La dissolution volontaire d'une mutuelle ne peut être prononcée que par une assemblée générale extraordinaire, convoquée à cet effet par un avis indiquant l'objet de la réunion. Cette assemblée générale doit réunir la majorité des deux tiers des membres présents.

Le procès verbal de dissolution est adressé à l'autorité administrative dans les dix (10) jours qui suivent.

Article 21 : L'autorité administrative a trente (30) jours à compter de la date de réception du procès-verbal de dissolution pour se déterminer définitivement. Passé, ce délai, la dissolution est considérée comme acquise.

Article 22 : Dans le cas où, en vue de la dissolution d'une mutuelle la tenue d'une assemblée générale extraordinaire s'est avérée impossible après deux convocations, la dissolution peut être prononcée par l'autorité administrative.

Article 23 : La dissolution entraîne d'office l'annulation de l'approbation de l'autorité de tutelle, mais ne radie la mutuelle au répertoire national qu'après diffusion de son acte de liquidation.

Article 24 : La mutuelle est en liquidation dès l'instant de sa dissolution. Les opérations de liquidation sont accomplies sous la surveillance de l'autorité administrative ou de l'autorité judiciaire.
Il est prélevé sur l'actif social et dans l'ordre suivant, sous réserve des créances privilégiées :

a. le montant des engagements contractés vis à vis des tiers ;
b. les sommes nécessaires à la couverture des droits acquis par les participants ;
c. les sommes égales au montant des dons et legs pour être employées conformément aux volontés des donateurs et testateurs, s'ils ont prévu le cas de liquidation ;
d. les sommes nécessaires pour couvrir dans la limite de l'actif restant, les droits à l'admission et les cotisations de la première année dus à la mutuelle à laquelle les membres participants de la mutuelle dissoute donneraient leur adhésion.

Article 25 : Le surplus éventuel de l'actif social est attribué à des organismes de bienfaisance publics ou privés.

Article 26 : La mutuelle, l'union ou la fédération de mutuelle ainsi liquidée est considérée comme définitivement éteinte.

TITRE III : ADMINISTRATION - GESTION - CONTROLE - RESSOURCES - DISPOSITIONS FINANCIERES

CHAPITRE I : Administration - Gestion - Contrôle

Article 27 : L'administration, la gestion et le contrôle d'une mutuelle sont assurés respectivement par :

- l'assemblée générale ;
- le conseil d'administration ;
- la commission de contrôle.

Article 28 : L'assemblée générale est l'instance suprême de décision. Elle comprend les membres régulièrement inscrits. Le droit de vote appartient à chacun des

membres. Toutefois les mutuelles qui, en raison de l'importance de leur effectif ou de l'étendue de leur circonscription, n'ont pas la possibilité de réunir tous les membres en assemblée générale, peuvent organiser des sections locales de vote. Dans ce cas, l'assemblée est composée de délégués élus par ces sections.

Article 29 : L'assemblée générale se réunit en session ordinaire au moins une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration. Elle peut se réunir en session extraordinaire dans les cas de fusion, d'union de fédération, de scission ou de dissolution ou dans les cas de décision importante nécessitant la convocation d'une réunion extraordinaire dans les conditions prévues par les statuts de chaque mutuelle .

Article 30 : l'assemblée générale se prononce sur le compte rendu de la gestion technique, morale et financière du conseil d'administration. Elle procède à l'élection des administrateurs et des membres de la commission de contrôle dans les conditions prévues par les statuts.

Elle est obligatoirement appelée à se prononcer sans déléguer ses compétences sur :

- les statuts et règlements intérieurs et leurs modifications ;
- les règlements qui déterminent les modalités de gestion administrative et financière des services et établissements gérés par la mutuelle ;
- l'adhésion ou le retrait d'une union ou fédération de mutuelles ;
- la fusion, la scission et la dissolution volontaire ;
- les emprunts relevant de sa compétence.

Article 31 : Pour la détermination des montants ou des taux des cotisations, l'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au conseil d'administration sous réserve que la délégation soit confirmée annuellement.

Article 32 : Le conseil d'administration est élu au sein de l'assemblée générale. Il est l'organe d'administration et de gestion et est chargé d'appliquer les délibérations de l'assemblée générale.

Le conseil d'administration dispose pour l'administration et la gestion de la mutuelle de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale par la présente loi et les statuts de la mutuelle.

Article 33 : Le conseil d'administration est chargé de l'élaboration du rapport technique, moral et financier qu'il doit présenter à l'assemblée générale.

Article 34 : L'administration d'une mutuelle ne peut être confiée qu'à des membres âgés de 18 ans accomplis sous réserve, qu'ils n'aient encouru aucune condamnation entraînant déchéance des droits civiques et civils.

Article 35 : Les administrateurs ne peuvent être élus que parmi les membres participants et d'honneur.

Article 36 : Le conseil d'administration doit être composé pour les deux tiers au moins, des membres participants.
Il est renouvelé dans le délai et les conditions fixés par les statuts de chaque mutuelle.
Sauf, pour la fixation du montant ou du taux des cotisations, le conseil d'administration peut déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

Article 37 : Dans les cas déterminés par les statuts, les représentants des salariés peuvent assister avec voix consultative aux séances du conseil d'administration.

Article 38 : Lorsque les dimensions et les activités de la mutuelle le requièrent, le conseil d'administration peut déléguer les pouvoirs nécessaires à un directeur en vue d'assurer sous son contrôle le fonctionnement de la mutuelle.

Article 39 : Le directeur peut être recruté en dehors des membres de la mutuelle, mais s'il en est membre, il ne peut cumuler ses fonctions avec celles d'administrateur ou de membre de la commission de contrôle. Il peut cependant assister aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative.

Article 40 : La commission de contrôle est élue au sein de l'assemblée générale.
Elle est composée de membres n'appartenant pas au personnel salarié de la mutuelle, n'ayant pas la qualité d'administrateur et n'ayant pas participé à la gestion de la mutuelle au cours de l'exercice précédent leur élection.

Article 41 : La commission de contrôle est l'organe de contrôle des activités de la mutuelle.
Elle vérifie la régularité des opérations comptables, contrôle la tenue de la comptabilité, soumet chaque année à l'assemblée générale un rapport écrit sur la gestion comptable de la mutuelle et signale les inexactitudes éventuelles relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

Article 42 : Les membres du conseil d'administration et de la commission de contrôle doivent jouir de la plénitude de leurs droits civiques.

Article 43 : Les fonctions de membres du conseil d'administration et de la commission de contrôle ne sont pas rémunérées.
Toutefois, l'assemblée générale peut décider exceptionnellement d'allouer annuellement une indemnité à ceux des administrateurs qui, en raison des attributions permanentes qui leur sont confiées, supportent des sujétions particulièrement importantes. En outre, peuvent être remboursés les frais de déplacement et de séjour des administrateurs et des contrôleurs.

Article 44 : Il est interdit aux administrateurs et aux contrôleurs de prendre ou de conserver un intérêt direct ou indirect dans une entreprise ayant traité avec la mutuelle ou dans un marché passé avec celui-ci.

Article 45 : Sous réserve des dispositions de l'Article 43, il est interdit aux administrateurs et aux contrôleurs de recevoir à l'occasion de leurs fonctions, une commission, rémunération ou ristourne sous quelque forme que ce soit.

Article 46 : Les mutuelles ne peuvent pour le recrutement de leurs adhérents ni recourir à des intermédiaires commissionnés, ni attribuer à leur personnel des rémunérations qui soient fonction du nombre d'adhésions obtenues ou du montant des cotisations versées.

Article 47 : Les mutuelles sont valablement représentées en justice par leur président ou par toute personne ayant reçu délégation de pouvoir du président ou mandat spécial du conseil d'administration à cet effet.

CHAPITRE II : Ressources - Dispositions Financières

Article 48 : Les mutuelles peuvent faire tous les actes de la vie civile nécessaires à la réalisation des buts définis par leurs statuts et règlements intérieurs conformément aux dispositions prévues à l'Article 2 de la présente loi.

Article 49 : Les ressources essentielles de la mutuelle sont :

- le droit d'adhésion ;
- la cotisation.

Toutefois, les ressources peuvent être améliorés par :

- les emprunts contractés ;
- les contributions des membres d'honneur,
- les produits des activités,;
- les dons, legs et subventions diverses.

Article 50 : Les emprunts contractés, les dons, legs et subventions doivent être accordés conformément à l'objet social de la mutuelle et faire l'objet d'une déclaration à l'autorité administrative.

Article 51 : Les mutuelles peuvent placer des fonds dans les unions auxquelles elles sont affiliées et dans les établissements financiers agréés.
Les conditions de dépôt et de placement des fonds des mutuelles sont fixées par un décret pris en Conseil des Ministres.

Article 52 : Les excédents annuels nets sont soumis à un prélèvement obligatoire pour la constitution de fonds de réserve légale de la mutuelle avant toute autre utilisation.

Article 53 : Le fonds de réserve légale est une marge financière pour la sécurité de la mutuelle égale au moins à 30 % des excédents nets.

Article 54 : La comptabilité des mutuelles doit être tenue conformément à une réglementation qui sera fixée par l'autorité administrative et qui peut en outre

prescrire la tenue des pièces comptables déterminées et l'utilisation d'imprimés modèles appropriés.

L'exercice comptable est fixé par les statuts de chaque mutuelle.

Dans le courant des trois (3) mois qui suivent la clôture de l'exercice, le conseil d'administration prépare les documents à soumettre à l'assemblée générale annuelle :

- le rapport annuel d'activités ;
- le bilan et ses annexes ;
- le programme d'activités ;
- le budget prévisionnel pour la réalisation du programme d'activités ;
- tout autre renseignement requis par les statuts.

Article 55 : En cas de dysfonctionnement constaté, l'autorité administrative peut procéder ou faire procéder à une inspection par enquête sur la constitution, le fonctionnement et la situation financière des structures mutualistes afin de s'assurer qu'elles se conforment aux dispositions de la présente loi.

Article 56 : En cas de défaillance caractérisée dans la gestion de la structure mutualiste, d'irrégularités constatées au terme d'une inspection ou à la suite des opérations de contrôle, l'autorité administrative peut prendre toutes mesures conservatoires pour sauvegarder les intérêts des membres ou des tiers concernés.

Elle peut notamment :

- convoquer l'assemblée générale en vue de délibérer sur les mesures propres à régulariser la situation ;
- donner un avertissement à la Mutuelle d'avoir à régulariser la situation dans un délai déterminé ;
- suspendre les dirigeants ;
- retirer l'approbation.

TITRE IV : DISPOSITIONS PENALES

Article 57 : Sont punis des peines prévues aux Articles 207 et 208 du Code Pénal :

- les administrateurs, les membres de la commission de contrôle, les directeurs et salariés des structures mutualistes qui ont sciemment communiqué ou publié des documents comptables inexacts ou des rapports visant à dissimuler la situation véritable de la mutuelle ;

- les administrateurs, membres de la commission de contrôle, directeurs et salariés de mutuelles qui, de mauvaise foi, ont fait des biens ou du crédit de la mutuelle un usagé qu'ils savaient contraire à l'intérêt de celle-ci, dans un but personnel ou pour favoriser une société ou, une entreprise dans laquelle ils étaient intéressés d'une manière quelconque.

Article 58 : Sont punis d'une amende de 300 à 18 000 francs sans préjudice de peine plus grave encourue du fait d'infractions connexes :

- les administrateurs, les membres de la commission de contrôle, les directeurs et salariés de mutuelle qui se rendent coupables d'infractions aux Articles 5, 8, 9, 10, 13, 34, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 52, et aux textes pris pour l'application de ces dispositions.

Article 59 : Sont punis des peines prévues à l'Ordonnance N°6/CMLN du 15 mars 1974 modifiée par l'Ordonnance N°13/CMLN du 22 avril 1974 réprimant les atteintes aux biens publics :

Les administrateurs, les membres de la commission de contrôle, les directeurs de groupement mutualistes ou tout autre employé de structure mutualiste qui auront commis un détournement portant sur des fonds, avoirs, biens au préjudice des structures mutualistes.

Bamako, le 21 février 1996

Le Président de la République

Alpha Oumar KONARE

DECRET 96- 136 FIXANT LES CONDITIONS DE PLACEMENT ET DE DEPOT DES FONDS DES MUTUELLES

Mme T.
P R I M A T U R E
-=-=-=-=-=-=-

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI
-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

DECRET N°__96-136/P-RM _

FIXANT LES CONDITIONS DE PLACEMENT ET LE DEPOT DES FONDS DES MUTUELLES.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE

Vu la Constitution ;
Vu la Loi N°96-022 du 21 février 1996 régissant la mutualité en République du Mali ;
Vu le Décret N°94-065/P-RM du 4 février 1994 portant nomination d'un Premier ministre ;
Vu le Décret N°94-333/P-RM du 25 octobre 1994 portant nomination des membres du Gouvernement, modifié par le Décret N°95-097/P-RM du 27 février 1995.

STATUANT EN CONSEIL DES MINISTRES,

D E C R E T E :

Article 1er : le Présent décret fixe les conditions de placement et de dépôt des fonds des mutuelles.

Article 2 : Le placement et de dépôt des Fonds des mutuelles doivent être effectués de manière à assurer la poursuite de leur mission.

A cet effet, ils doivent présenter toutes les caractéristiques de sécurité.

Article 3 : Les ressources des mutuelles peuvent être représentées sous les formes suivantes :

Bons du trésor ;
Actions et parts de sociétés commerciales maliennes ;
Immeubles urbains ou tout autre immeuble situé au Mali sous réserve que ces immeubles ne soient pas grevés de droits réels au moment de leur affectation ;
Parts et actions des sociétés immobilières dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur. L'admission de ces parts ou actions en représentation du passif de la Mutuelle ne peut prendre effet qu'à partir de l'inscription sur les titres

fonciers des immeubles affectés d'un privilège spécial au profit des adhérents des Mutuelles ;

Nues-propriétés et usufruits immobiliers ;

Concours aux membres et aux organismes mutualistes régis par la loi régissant la mutualité.

Article 4 : Les placements des mutuelles ne peuvent excéder 40 pour 100 du montant total des fonds.

Article 5 : Les placements des mutuelles font l'objet d'une évaluation au 31 décembre de chaque année.

L'état retraçant ces placements est communiqué au ministre chargé de la mutualité au plus tard le 30 septembre dans les formes et selon les règles d'évaluation fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la mutualité et du ministre chargé des finances.

Article 6 : Les mutuelles doivent déposer dans une banque du Mali les valeurs et espèces représentant le total des réserves y compris la réserve de garantie au jour de l'inventaire. Ce dépôt doit être réalisé dans un délai maximum de 6 mois. Il est inscrit sur les titres fonciers des immeubles affectés à la couverture des réserves un privilège spécial au profit des adhérents.

Article 7 : Le Ministre de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées et le Ministre des Finances et du Commerce sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera enregistré et publié au Journal Officiel.

Bamako, le 2 MAI 1996

Le Président de la République,

Alpha Oumar KONARE

Le Premier Ministre,

Ibrahim Boubacar KEITA

Le Ministre de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées,

Modibo SIDIBE

Le Ministre des Finances et du Commerce,

Soumaïla CISSE

Mme D.
P R I M A T U R E
-=-=-=-=-=-=-= - =

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI
-=-=-=-=-=-=-= - =-

DECRET N°__96-137/P-RM _

ETABLISSANT LES STATUTS TYPES DES MUTUELLES, DES UNIONS ET FEDERATIONS DE MUTUELLES.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Vu la Constitution ;

Vu la Loi N°96-022 du 21 février 1996 régissant la Mutualité en République du Mali ;

Vu le Décret N°94-065/P-RM du 4 février 1994 portant nomination d'un Premier Ministre ;

Vu le Décret N°94-333/P-RM du 25 octobre 1994 portant nomination des membres du gouvernement, modifié par le Décret N°95-097/P-RM du 27 février 1995.

STATUANT EN CONSEIL DES MINISTRES,

D E C R E T E :

Article 1er : L'annexe du présent décret constitue, en application des articles 7 et 8 de la loi N°96-022 du 21 février 1996 sus visée, les statuts types des mutuelles, unions et Fédérations de mutuelles.

Article 2 : L'ensemble des dispositions des statuts types a un caractère obligatoire.

Article 3 : Le Ministre de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées, le Ministre des Finances et du Commerce, le Ministre de la Justice, Garde des Sceaux, le Ministre de l'Administration Territoriale et de la Sécurité sont chargés chacun en ce qui concerne de l'exécution du présent décret qui sera enregistré et publié au Journal Officiel.

Bamako, le 2 MAI 1996

Le Président de la République,

Alpha Oumar KONARE

Le Premier Ministre,

Ibrahim Boubacar KEITA

Le Ministre de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées,

Modibo SIDIBE

Le Ministre des Finances et du Commerce,

Soumaïla CISSE

Le Ministre de la Justice, Garde des Sceaux,

Cheickna Detteba KAMISSOKO

Le Ministre de l'Administration Territoriale et de la Sécurité,

Lieutenant –Colonel Sada SAMAKE

TITRE I. – DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE 1ER : FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1er :
Il est créé une mutuelle dénommée…….. Elle est établie à……. . Elle est régie par la loi 96-022 du 21 Février 1996 régissant la mutualité en république du Mali.

Article 2 :
La mutuelle a pour objet :……

Article 3 :
La mutuelle s'interdit toute délibération sur des sujets étrangers à son objet tel que défini à l'article 2 de la loi 96-022 du 21 Février 1996 régissant la Mutualité en République du Mali.

CHAPITRE II : CONDITIONS D'ADMISSION, DE DEMISSION , DE RADIATION ET D'EXCLUSION

Article 4 :
La mutuelle admet de membres participants et des membres d'honneur.

Article 5 :
Les membres d'honneur sont ceux qui, par leurs souscriptions où par des services équivalents, contribuent à la propriété de la mutuelle sans bénéficier des avantages. Ils ne sont soumis à aucune condition d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité. Ils peuvent participer à l'Assemblée Générale avec voie consultative.

La qualité de membres d'honneur est conférée par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

Article 6 :
les membres participants sont ceux qui, par le paiement régulier de leurs cotisations, permettent à la Mutuelle de s'acquitter de ses obligations vis-à-vis de ses adhérents.

Article 7 :
Peuvent adhérer à la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions suivantes :……..

Article 8 :
L'admission à la mutuelle …… .est individuelle et volontaire. Elle est faite par écrit sur un formulaire fourni par le Conseil d'Administration à cet effet.

Article 9 :
La mutuelle ne peut, pour le recrutement de ses adhérents, ni recourir à des intermédiaires commissionnés, ni attribuer à son personnel de rémunérations qui

soient fonction du nombre des adhésions obtenues ou du montant des cotisations versées.

Article 10 :
L'Union ou la Fédération de mutuelles admet des groupements mutualistes régis par la loi sur la mutualité qui remplissent les conditions suivantes :

Article 11 :
Sont radiés, les membres qui ne remplissent plus les conditions des présents statuts. La radiation est proposée par le Conseil d'Administration et entérinée par l'Assemblée Générale.

Sont également radiés : les membres participants qui n'ont pas payé leurs cotisations depuis …… . La radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée dès l'expiration du délai précité ou de celui accordé par le Conseil d'Administration. la radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de quinze jours, sauf excuse reconnue par le Conseil d'Administration.

Article 12 :
Peut être exclu tout membre qui cause aux intérêts de la Mutuelle un préjudice volontaire et dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés . S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation écrite lui est adressée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration et entérinée par l'Assemblée Générale.

Article 13 :
Les effets de la démission, de la radiation et de l'exclusion d'un membre sont définis par les statuts.

TITRE II : ADMINISTRATION

CHAPITRE 1ER : L'ASSEMBLEE GENERALE

Article 14 :
L'Assemblée Générale est l'instance suprême des mutuelles. Elle est composée selon les cas de membres participants qui ont adhéré individuellement ou délégués des sections.

Article 15 :
Les membres participants de chaque section élisent leurs délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle.
Le mode d'élection, la durée du mandat sont fixés par la section.

Article 16 :
Chaque section élit de la même façon des délégués suppléants.

Article 17 :
L'Assemblée Générale se réunit ……fois par an en session ordinaire sur convocation du Conseil d'Administration, qui fixe la date et l'ordre du jour au moins deux (2) mois avant la date prévue.

Il est établit un procès verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale.

Article 18 :
L'Assemblée Générale peut se réunir en session extraordinaire. La session est convoquée par le Président du Conseil d'Administration. si elle est demandée par :

a) le quart au moins des membres du conseil d'Administration des sections qui la composent ou

b) la majorité des administrateurs composant statutairement le Conseil d'Administration ;

c) la commission de contrôle en cas d'anomalie constatée.

Article 19 :
L'Assemblée Générale extraordinaire doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion. Les convocations doivent indiquer l'ordre du jour. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 20 :
L'Assemblée Générale de la mutuelle …….. ne peut délibérer valablement que si la moitié de ses membres est présente.

Si cette condition n'est pas remplie, une deuxième assemblée générale est convoquée dans les mêmes conditions que la première. Elle délibère alors valablement quelque soit le nombre des membres présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés pour les questions ordinaires, à la majorité des deux tiers pour les questions importantes : modification des statuts, exclusion d'un membre, dissolution de la mutuelle.

Un procès-verbal de chaque Assemblée est conservée aux archives.

Article 21 :
L'Assemblée Générale statue sur les questions qui lui sont soumises par le Conseil d'Administration. Elle est chargée à ce titre de :

approuver et modifier les statuts et règlement intérieur ;
élire ou révoquer tout membre du Conseil d'Administration et de la commission de contrôle ;
se prononcer sur la dissolution de la Mutuelle ainsi que la fusion ou l'union de la mutuelle avec d'autres organismes ayant le même objet que celui-ci ;

entériner le bilan présenté par le Conseil d'Administration et approuver le nouveau programme d'activité ;

voter le budget ;

fixer le taux et les termes des cotisations.

CHAPITRE II : LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 22 :
La mutuelle…….. est administrée par un Conseil d'Administration dont les membres sont élus à bulletin secret parmi les membres participants à jour de leur cotisation pour une période de……. ans.
Le règlement intérieur précise les conditions d'éligibilité du Conseil d'Administration.

Article 23 :
Le Conseil D'administration est composé de ……. membres.
Les membres sortants sont rééligibles.

Article 24 :
En cas de vacance de poste en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un membre du Conseil d'Administration, il est pourvu provisoirement par le Conseil d'Administration à la nomination d'un administrateur sous réserve de l'approbation par l'Assemblée Générale.

L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Article 25 :
Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation de son Président et au moins une (1) fois par…….

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du Conseil d'Administration.

Article 26 :
Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Aucun membre du Conseil d'Administration ne peut disposer de plus d'une voix. Les décisions sont prises à la majorité.

En cas d'égalité, la voix du Président est prépondérante. Chaque réunion est sanctionnée par un procès-verbal approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

Article 27 :
Les membres du Conseil d'Administration peuvent, par décision de celui-ci, être déclarés démissionnaires d'office de leur fonction en cas d'absence sans motif valable à …….. séances. Cette démission est approuvée par l'Assemblée Générale.

Article 28 :

Le Conseil d'Administration dispose dans l'administration et dans la gestion de la mutuelle de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale par la loi sur la mutualité et les présents statuts.

Article 29 :
Le Conseil d'Administration soumet à l'approbation de l'Assemblée Générale le rapport annuel d'activités, le bilan et ses annexes, le programme d'activités prévisionnel, le budget pour réalisation des programmes.

Il est en outre chargé, lorsque les dimensions et les activités de la mutuelle le requièrent, de recruter les directeurs et les personnels des services et établissements qu'il gère.

Article 30 :
Le Conseil d'Administration peut constituer sous sa responsabilité des commissions techniques de travail.

Article 31 :
Les fonctions d'administrateurs sont gratuites sous réserve des dispositions de l'article 43 de la loi du 21 Février sur la mutualité.
Par ailleurs, les administrateurs sont tenus aux obligations définies par les dispositions des articles 34, 35, 36 de la même loi.

Article 32 :
Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer des fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle à l'expiration d'un an à compter de la fin de leurs mandats.

Article 33 :
Le Président représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il veille à la régularité du fonctionnement de la mutuelle conformément à la loi sur la mutualité et aux statuts.

Il préside les réunions du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales.

Il engage les dépenses

Article 34 :
Le ou les vice-présidents secondent le Président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 35 :
Le président peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au directeur de la mutuelle ou à des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer la signature pour des objets nettement déterminés.

Article 36 :

Le secrétaire est responsable des convocations , de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.

Article 37 :
Le secrétaire peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Directeur de la mutuelle ou à des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et de leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 38 :
Le Trésorier effectue les opérations financières de la mutuelle et tient la comptabilité.

Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le président et fait encaisser les sommes dues à la mutuelle.

Il fait procéder selon les directives du Conseil d'Administration à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il présente à l'Assemblée Générale, sous la responsabilité du Conseil d'Administration, un rapport sur la situation financière de la mutuelle.

Article 39 :
Le trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration confier au Directeur ou à des salariés de la mutuelle, notamment le chef du service comptable, l'exécution de certaines des tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

CHAPITRE III : COMMISSION DE CONTROLE

Article 40 :
La commission de contrôle est élu à bulletin secret tous les……. ans par l'Assemblée Générale. Elle est composée de ……..membres. Elle se réunit au moins une fois par an.

Les membres de la commission de contrôle doivent jouir de leurs droits civiques, ne pas être membre du Conseil d'Administration, ne pas faire partie du personnel salarié et ne pas avoir participé à la question de la mutuelle au cours de l'exercice précédant leur élection.

Article 41 :
La commission de contrôle est chargé de :

vérifier la régularité des opérations comptables
contrôler la tenue de la comptabilité, la caisse et le portefeuille.

Article 42 :

Les résultats de ces travaux sont consignés dans un rapport écrit dont copie est communiquée au Conseil d'administration avant la tenue de l'Assemblée Générale et présentée à celle-ci. Ce rapport est annexé au procès-verbal de la délibération de l'Assemblée Générale.

Article 43 :
En cas d'anomalie majeure, la commission de contrôle peut exiger la tenue d'une Assemblée Générale extraordinaire à laquelle elle rend compte.

TITRE III : ORGANISATION FINANCIERE

CHAPITRE 1ER : RECETTES ET DEPENSES

Article 44 :
Les recettes de la mutuelle comprennent :

les droits d'admission et les cotisations des membres participants
les contributions des membres d'honneur
les produits résultant des activités de la mutuelle
les dons, legs et subventions diverses
plus généralement, toute autre recette non interdite par la loi.

Article 45
: Les dépenses comprennent :

les différentes prestations accordées aux membres participants
les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle
les versements faits aux unions et fédérations de mutuelles
plus généralement, toute autre dépense non interdite par la loi.

CHAPITRE II : MODE DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS

Article 46 :
Le Conseil d'Administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'Assemblée Générale.

Article 47 :
Les excédents annuels des recettes sur les dépenses sont affectés à raison de ……**..**de la constitution du fonds de réserve. Les sommes affectées à la constitution du fonds de réserve ainsi que les montants des provisions pour prestation à payer en fin d'exercice et le montant des cotisations perçues d'avance doivent être employés conformément à la législation en vigueur.

Article 48 :
La mutuelle dispose d'une marge financière de sécurité composé de l'ensemble de ses réserves et égale à 30% des excédents nets.

TITRE IV. OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

CHAPITRE 1ER : OBLIGATIONS DES ADHERENTS DE LA MUTUELLE

Article 49 :
Les membres participants payent un droit d'admission de …….non remboursable.

Cette somme est déposée en même temps que la demande d'adhésion et la première cotisation.

Article 50 :
Les membres participants s'engagent à payer une cotisation (mensuelle, trimestrielle ou annuelle) variable qui comprend deux éléments : une partie affectée à la couverture des prestations assurées statutairement par la mutuelle et l'autre partie affectée aux frais de gestion, formation de la mutuelle. Cette dernière partie correspond à un pourcentage de la cotisation fixé par les règlements intérieurs.

Article 51 :
En cas de retard dans les paiements de la cotisation, les pénalités suivantes sont prévues …….

CHAPITRE II : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Article 52 :
Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :
……..

Article 53 :
Le droit aux prestations prend effet dans un délai de …… mois.

Article 54 :
Le règlement intérieur précise les prestations accordées aux ayants droit des membres décédés.

TITRE V : REGLEMENTS D'APPLICATION – MODIFICATION DES STATUTS, UNIONS, FUSION, DISOLUTION ET LIQUIDATION DES MUTUELLES.

CHAPITRE 1ER : REGLEMENTS D'APPLICATION – MODIFICATION DES STATUTS – INFORMATION

Article 55 :
Le règlement intérieur établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

Article 56 :

Le Conseil d'Administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui sont présentées pour adoption à la prochaine Assemblée Générale.

Article 57 :
Seule l'Assemblée Générale peut modifier les statuts sur proposition du Conseil D'administration ou à la demande des deux tiers des membres de l'Assemblée Générale. Les modifications doivent être adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

CHAPITRE II : ADHESION AUX UNIONS – FEDERATIONS, FUSIONS ET SCISSION

Article 58 :
La mutuelle ……. peut donner son adhésion à un ou plusieurs groupements mutualistes conformément aux dispositions de l'article 3 de la loi N° 96-022/du 21 Février 1996 sus visée. Les unions peuvent se grouper en fédérations de mutuelles en vue de poursuivre les mêmes buts.

Article 59 :
L'Assemblée Générale des unions, fédérations est composée des délégués des mutuelles adhérentes, élus dans les conditions déterminées par les statuts. Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale sont obligatoires pour les mutuelles adhérentes.

Article 60 :
La mutuelle ……. peut se fusionner avec un ou plusieurs groupements qui ont les mêmes objets ou des objets similaires par décision concordantes de leurs assemblées générales convoquées spécialement à cet effet

La fusion de la mutuelle …….. avec un ou plusieurs groupements mutualistes est décidée en Assemblée Générale extraordinaire.

Article 61 :
La scission d'une mutuelle en plusieurs mutuelles peut être prononcée par une Assemblée Générale statuant comme en matière de dissolution.

CHAPITRE III : DISSOLUTION – LIQUIDATION

Article 62 :
La dissolution volontaire de la mutuelle…… ne peut être prononcée que par une Assemblée Générale extraordinaire convoquée à cet effet.

Article 63 :
Dans le cas où, en vue de la dissolution de la Mutuelle ……. , la tenue d'une Assemblée Générale extraordinaire s'est avérée impossible après deux

convocations, la dissolution peut être prononcée par l'autorité administrative de tutelle

Article 64 :
La dissolution volontaire de la mutuelle …….. donne le pouvoir à l'Assemblée Générale extraordinaire de désigner une commission de liquidation dont les membres sont ……..

Article 65 :
La commission de liquidation de la mutuelle ……. assume pendant l'exercice de ses fonctions les mêmes attributions que le Conseil d'Administration et en cas d'urgence peut provoquer l'Assemblée Générale

Article 66 :
La mutuelle ……. est en liquidation dès l'instant de sa dissolution. Les opérations de liquidation sont accomplies sous la surveillance de l'autorité administrative ou de l'autorité judiciaire :
Il est prélevé sur l'actif social de la mutuelle **……** et dans l'ordre suivant sous réserve de créances privilégiées :

Le montant des engagements contractés vis-à-vis des tiers

Les sommes nécessaires à la couverture des droits acquis par les membres participants ;
Les sommes égales au montant des dons et legs, pour être employées, conformément aux volontés des donateurs et testateurs, s'ils ont prévu le cas de liquidation ;

Les sommes nécessaires pour couvrir dans la limite de l'actif restant des droits d'admission et les cotisations de la première année dus à la mutuelle à laquelle les membres participants de la mutuelle dissoute donneraient leur adhésion

Article 67 :
Le surplus éventuel de l'actif social de la mutuelle ……. est attribué à des organismes de bienfaisance publics ou privés.

Article 68 :
La mutuelle ……. qui est ainsi liquidée et rayée du répertoire national est considérée comme définitivement éteinte.

MINITERE DE LA SANTE, *REPUBLQUE DU MALI*
DELA SOLIDARITE *Un Peuple- Un But – Une Foi*

Et des Personnes âgées

Ministère de l'ADMINISTRATION

TERRITORIALE ET DE LA SECURITE

SECRETARIATS GENERAUX

ARRETE INTERMINITERIEL N°97 0477 MSSPA/MATS-SG

DETERMINANTLES PROCEDURES D'AGREMENT

DES MUTUELLES

LE MINISTRE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE

ET DES PERSONNES AGEES

LE MINISTRE DE L'ADMINISTRATION TERRITORIALE
ET DE LA SECURITE.

Vu la constitution ;
Vu la Loi N°96-022 du 21 février 1996 régissant la mutualité en République du Mali ;
Vu le décret N°96-136/P-RM du 2 mai 1996 portant le mode de placement et de retrait des fonds des mutuelles.
Vu le Décret N° 96-137/P-RM du 02 mai 1996 établiss ant les statuts –types de mutuelles et fédérations de mutuelles en république du Mali ;

Vu le décret N°96-206 /P-RM du 22 juillet portant n omination des membres du Gouvernement

ARRETENT

Article 1er : Le présent arrêté détermine les procédures d'agrément, d'enregistrement et d'immatriculation des mutuelles en République du Mali.

Article2 : La déclaration d'intention est l'intention exprimée par des promoteurs de créer une mutuelle. Elle comporte la dénomination de la mutuelle, l'objet de la mutuelle, le groupe cible, le ressort territorial, les noms, adresses et professions des promoteurs.

Le service technique chargé de la mutualité doit procéder à une enquête préliminaire se rapportant à :

- l'identité des signataires(promoteurs)

- l'objet de la mutuelle conformément à la loi N° 9 6-022 régissant la mutualité en République du Mali dans son article 2.

Article 3 **: DE LA DECLARATION DE CREATION ET DE L'OBTENTION**

D'UN RECEPISSE

Tout groupement désireux de créer une mutuelle doit déposer auprès des autorités administratives de sa localité une déclaration de création comportant les pièces suivantes :

une demande timbrée ;
le procès verbal de l'assemblée générale constitutive ;
une copie des statuts ;
une copie du règlement intérieur ;
la liste des membres du conseil d'administration et de la commission de contrôle

la déclaration de création de la mutuelle est transmise au Ministre chargé de l'Administration Territoriale.

Article 4 : DE L'APPROBATION OU L'AGREMENT

Aucune mutuelle ne peut fonctionner avant son approbation par le Ministre chargé de la Tutelle

Le demande d'approbation doit être accompagnée des pièces ci-après :

une demande timbrée
l'étude de faisabilité économique et sociale de la mutuelle ;
une copie du récépissé ;
le procès verbal de l'assemblée constitutive *;*
une copie des statuts ;
une copie du règlement intérieur ;
la liste des membres du conseil d'administration et de la commission de contrôle.

L'approbation se fait par décision du Ministre chargé de la Mutualité.

Article 5 **: le présent arrêté qui prend effet pour compter de sa date de signature sera enregistré et communiqué partout où besoin sera**

Bamako le 2 avril 1997

LE MINISTRE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNESAGEES

LE MINISTRE DE L'ADMINISTRATION TERRITORIALE ET DE LA SECURITE

Modibo SIDIBE

Sada SAMAKE

MINISTERE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL REPUBLIQUE DU MALI

DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGES ***Un Peuple -Un But -Une Foi***

**** **********

SECRETARIAT GENERAL

ARRETE N°02-1742/MDSSPA-SG

PORTANT MECANISME DE CONTROLE ADMINISTRATIF ET FINANCIER DES MUTUELLES ET ORGANISATIONS MUTUALISTES

LE MINISTRE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL,
DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES

Vu la constitution ;

Vu la Loi n°96 022 du 21 février 1996 régissant la mutualité en République du Mali ;

Vu le Décret n°96-136/P-RM du 02 mai 1996 portant mode de paiement et de dépôt des fonds des mutuelles ;

Vu le Décret n° 96-137/P-RM du 02 mai 1996 établissant les statuts – types de mutuelles et Fédérations de mutuelles en République du mali ;

Vu l'Arrêté interministériel n° 97-0477 MDSSPA/MATS/SG du 02 avril 1997 déterminant les procédures d'agrément des mutuelles ;

Vu le Décret n°02-343/P-RMM du 14 juin 2002 portant nomination des Membres du Gouvernement ; rectifié par le Décret n°02-347/P-RM du 02 juillet 2002 ;

ARRETE :

Article 1er : Le présent Arrêté porte sur le mécanismes de contrôle administratif et financier des mutuelles et des groupements mutualistes.

Article 2 : Le contrôle administratif et financier des mutuelles et des groupements mutualistes est effectué sous l'autorité du Ministre chargé du Développement Social.

Article 3 : Ce contrôle recouvre, dans l'intérêt des adhérents de ces organismes et en application des Articles 55 et 56 de la Loi n°96-02 2, un double aspect juridique et financier.

Il s'exerce à priori et à posteriori.

Article 4 : Le contrôle à priori est courant et concerne les opérations suivantes :

A- Opérations faisant l'objet d'une décision expresse :

- *La décision d'agrément des statuts des mutuelles et organisations mutualistes au regard des dossiers constitués à cette fin.*

B- Opérations faisant l'objet d'une approbation tacite en cas de silence de l'administration de la tutelle après un mois à compter de la date de dépôt des dossiers :

La décision d'approbation de modifications statutaires ;

La décision d'approbation des règlements d'actions sociales, de conventions de gestion ou de leurs modifications.

C- Opérations faisant l'objet de simples déclarations

- *L'acquisition ou la vente d'immeuble ;*
- *Le recours à l'emprunt ;*
- *Les modifications statutaires portant sur le montant, le taux des cotisations et des prestations ;*
- *L'indemnisation exceptionnelle des Administrateurs ;*
- *La dissolution volontaire.*

Article 5 : les dossiers du contrôle à priori sont instruits par la direction Nationale en charge de la mutualité pour les fins de suite à réserver par le Ministre en charge de la mutualité.

Article 6 : Le Ministère en charge de la mutualité peut faire appel au service du Ministère de finances pour procéder au contrôle financier pour procéder au contrôle financier des mutuelles et groupements mutualistes conformément au Articles 54,55 et 56 de la Loi 96-022.

Article 7 : Le contrôle a posteriori effectué par la tutelle est périodique et porte sur les points suivants :

- *Le fonctionnement des mutuelles et des groupements mutualistes au regard des statuts et règlements intérieurs respectifs ;*

- *Le respect du caractère non lucratif (bénévolat des administrateurs et non-redistribution des ressources) ;*
- *Le respect des règles prudentielles (existence de réserves suffisantes représentant au moins 30% des excédents nets) ;*
- *Le respect des taux de cotisation et des prestations.*

Article 8 : Le contrôle à posteriori a deux aspects :

- *Un contrôle de routine effectué au moins une fois par an par la Direction nationale en charge de la mutualité ou les services déconcentrés de la tutelle de la mutualité ;*
- *Un contrôle ponctuel effectué par l'Inspection des Affaires sociales à la demande du Département de tutelle de la mutualité ou de mutualistes.*

Article 9 : Le contrôle de routine a pour but de porter des mesures correctives et d'informer l'Inspection des Affaires Sociales et le Cabinet du Ministère chargé de la mutualité sur les cas nécessitant au besoin un contrôle ponctuel expresse.

Article 10 : les contrôles sur place menés directement par l'Inspection des Affaires sociales doivent faire l'objet de rapports détaillés proposant des mesures correctives conséquentes.

Ces mesures correctives devront être signifiées au mutuelles et groupements mutualistes concernés pour leur prise en compte.

Article 11 : Les mutuelles et groupements mutualistes peuvent fournir, à l'occasion d'un contrôle, un rapport contradictoire.

Article 12 : Relativement au lacunes constatées par les fonctionnaires du contrôle des mutuelles et groupements mutualistes, les mesures conservatoires prévues à l'article 56 de la Loi n° 96-022 seront décidées par le Ministre en charge de la mutualité.

Les mesures pénales sont prises selon les dispositions des Articles 57, 58 et 59 de la Loi n°96-022 du 21 février 1996.

Article 13 : Un comité de coordination, institué par décision du Ministre chargé de la mutualité sert d'organe conseil consultatif auprès de la tutelle d'une par et des organismes mutualistes, de l'autre.

La Décision créant ledit comité en précisera la composition ainsi que les mécanismes de fonctionnement.

Article 14 : Les attributions du comité de coordination portent sur les aspects suivants :

- *Apurement du répertoire des organismes mutualistes ;*
- *Liquidation des mutuelles et groupements mutualistes ;*
- *Affiliation des membres participant à une mutuelle ou un groupement mutualiste liquidé.*

<u>Article 15</u> : Le Ministre en charge de la mutualité peut, toutes les fois qu'il le juge utile, diligenter un contrôle spécial par des experts ou des bureaux d'études et dont les résultats sont laissés à sa discrétion.

<u>Article 16</u> : Les mutuelles et organisations mutualistes sont tenues de déposer à la fin de chaque année auprès de la direction Nationale en charge de la mutualité un dossier comprenant :

- *Le rapport moral du Président ;*
- *Le rapport financier ;*
- *L'état des réserves légales ;*
- *Le budget prévisionnel de l'année suivante ;*
- *Tout autre renseignement requis par les statuts des mutuelles et organisations mutualistes respectives.*

<u>Article 17</u> : Annuellement le directeur National en charge de la mutualité transmettra au Ministre chargé de la tutelle et à l'Inspection des Affaires sociales les renseignements suivants :

- *la liste des organismes mutualistes (mutuelles, unions, fédérations de mutuelles et leurs établissements autonomes) ;*
- *La liste des créations de l'année ;*
- *La liste des organismes ayant procédé à des fusions, scissions ou dissolutions ;*
- *La liste des créations, extensions ou suppressions de réalisations mutualistes ;*
- *Les transferts de sièges ;*
- *Le nombre d'adhérents.*

Ces renseignements sont indiqués dans un rapport annuel contenant en outre :

- *Le chiffre des cotisations et prestations ;*
- *L'état des réserves.*

<u>Article 18</u> : Le Département de tutelle de la mutualité mettra à la disposition des fonctionnaires des services du contrôle un guide Technique définissant l'esprit du contrôle qui sera exercé et décrivant les différentes opérations liées au rôle qui leur est dévolu.

<u>Article 19</u> : Le présent Arrêté sera enregistré, publié et communiqué partout ou besoin sera.

Bamako,
le……

Ampliations

Le Ministre du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées

- ***Original*** ***1***
- ***PEM-SGG-ASS-CC-CESC*** ***6***
- ***Primature – Tous Ministres*** ***21***
- ***Tous Hauts commissaires*** ***9***
- ***Ttes Direct. Nles MDSSPA-MATCL-MEF 9***
- ***Archives*** ***1***
- ***Journal Officiel*** ***1***

Mme N'DIAYE Fatoumata COULIBALY