

Niger

Régime général des mutuelles de santé

Loi n°2008-10 du 30 avril 2008

[NB - Loi n°2008-10 du 30 avril 2008 portant régime général des mutuelles de santé en République du Niger]

Titre 1 - Dispositions générales

Chapitre 1 - Champ d'application, définition et objet

Art.1.- La présente loi fixe le cadre légal de création et de fonctionnement des mutuelles de santé en République du Niger.

Elle s'applique à toutes les mutuelles de santé, quels que soient les secteurs dans lesquels elles sont créées.

Art.2.- Les mutuelles de santé sont des sociétés civiles particulières à capital et personnel variables, à but non lucratif, qui se proposent de mener, dans l'intérêt des personnes qui y adhèrent, une action de prévoyance et de solidarité en vue de prendre en charge les soins de santé.

Les mutuelles de santé ont pour objet de garantir l'accès aux soins de santé aux adhérents et aux personnes à leur charge dont elles définissent l'étendue dans leurs statuts et dispositions conventionnelles suivant un système de solidarité.

Les statuts et dispositions conventionnelles des mutuelles ne doivent pas être contraires aux dispositions impératives de la présente loi.

Chapitre 2 - Des principes de fonctionnement

Art.3.- Les mutuelles de santé créées en application de la présente loi sont régies par les principes de la libre adhésion, de la solidarité et de la non-discrimination. Toutefois, chaque citoyen doit disposer d'une assurance maladie.

Les mutuelles de santé fonctionnent dans le respect des principes de démocratie participative, de responsabilité des adhérents et de contrôle de la gestion de la mutuelle par les adhérents.

En conséquence de ces principes :

- 1° les mutuelles de santé se forment librement entre les personnes physiques et/ou morales qui définissent librement leurs rapports, sous la réserve que l'objet de leur convention n'enfreigne pas l'ordre public, les bonnes mœurs, les lois et règlements en vigueur. Toutefois, l'Etat peut, de sa propre initiative créer par voie réglementaire des mutuelles de santé au profit de catégories socioprofessionnelles particulières, qui en seront d'office des adhérents ;
- 2° les services garantis par la mutuelle résultent toujours d'une contrepartie qui est la cotisation des adhérents fixée proportionnellement au nombre des personnes à charge et des risques couverts ;
- 3° l'égalité des mutualistes demeure la base du processus de prise de décision et d'accès aux services rendus ;
- 4° l'action des mutuelles de santé ne peut aboutir à un excédent à partager entre les adhérents ;
- 5° seuls les adhérents et les personnes à leur charge peuvent bénéficier des services garantis par une mutuelle de santé dans les conditions déterminées par les statuts et le règlement intérieur ;
- 6° les adhérents peuvent, par un acte non-équivoque de volonté, renoncer à l'adhésion et opter pour un autre moyen de couverture de leurs soins de santé, sauf dans les cas prévus au point 1 du présent article. Dans ce cas, ils ne peuvent prétendre au remboursement de leurs cotisations.

Titre 2 - Création, obligations et droits des mutuelles et de leurs adhérents

Chapitre 1 - Création et agrément

Art.4.- Aucune mutuelle de santé ne peut fonctionner avant d'avoir obtenu le récépissé d'agrément délivré par l'autorité compétente.

Art.5.- Il est créé une agence de régulation des mutuelles de santé placée sous la tutelle technique du Ministère en charge de la prévoyance sociale.

Art.6.- L'agence de régulation des mutuelles de santé prévue à l'article 5 ci-dessus est un établissement public à caractère social. Elle est chargée de :

- recevoir les demandes d'agrément des mutuelles de santé ;
- donner son avis au Ministre en charge de la prévoyance sociale pour l'octroi de l'agrément ;
- contrôler la gestion des mutuelles de santé et proposer à l'autorité compétente les sanctions à prendre en cas d'irrégularités constatées ;
- tenir un répertoire national des mutuelles de santé créées sur l'ensemble du territoire national.

Les modalités de fonctionnement de ce répertoire sont fixées par arrêté.

Art.7.- La composition, l'organisation et le fonctionnement de l'agence de régulation des mutuelles de santé sont fixés par décret pris en conseil des ministres sur proposition du ministre en charge de la tutelle de ladite agence.

Art.8.- Les conditions, les modalités et la procédure d'agrément et de l'exercice de la tutelle des mutuelles de santé sont fixées par voie réglementaire.

Toutes modifications statutaires à l'exception de celles relatives à la fixation du montant de la cotisation et des prestations sont soumises à la procédure et aux conditions fixées au présent article.

Art.9.- Les mutuelles de santé sont placées sous la tutelle financière du Ministère chargé des finances, la tutelle technique du Ministère chargé de la prévoyance sociale et la tutelle administrative du Ministère en charge du secteur dont relève la mutuelle.

Nul ne peut créer et faire fonctionner une mutuelle de santé au sens de la présente loi, sans l'agrément préalable du Ministre chargé de la tutelle technique.

Art.10.- Les mutuelles de santé sont tenues de mentionner dans leurs statuts, règlements intérieurs et tous autres documents destinés aux tiers, qu'elles sont régies par la présente loi.

Chapitre 2 - Statuts des organisations mutualistes de santé

Art.11.- Les statuts des mutuelles de santé déterminent :

- l'objet de la mutuelle ;
- le siège social de la mutuelle ;
- les conditions et les modes d'admission, de démission, de radiation et d'exclusion des adhérents et éventuellement des membres d'honneur ;
- l'organisation, le fonctionnement, la gestion et le contrôle de la mutuelle ;
- 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 ;
- les conditions de vote à l'Assemblée Générale et le droit pour les membres participants de se faire représenter ;
- les modes de placement ou de retrait des fonds ;
- les modes de représentation des délégués des unions et fédérations de mutuelles en Assemblée Générale ;
- les conditions de dissolution volontaire de la mutuelle ou de sa liquidation ;
- les dispositions à prendre en cas de décès ou de disparition d'un membre.

Chapitre 3 - Obligations et droits des mutuelles de santé

Art.12.- Les mutuelles de santé, quelle que soit leur taille, doivent tenir une comptabilité, conformément à la réglementation en vigueur.

Art.13.- Les mutuelles de santé exerçant dans des locaux à titre de locataires, bénéficient du droit au renouvellement du bail conformément à l'acte uniforme de l'OHADA sur le droit commercial général.

Art.14.- Les mutuelles de santé peuvent, pour le besoin de leurs activités, passer avec les tiers toute convention non contraire aux lois, à l'ordre public, aux bonnes mœurs et à l'intérêt des adhérents, notamment les conventions avec les établissements de soins.

Art.15.- Les mutuelles de santé peuvent, par l'intermédiaire de leurs représentants accomplir tous les actes de la vie civile nécessaires ou connexes à la réalisation de leur objet.

Elles sont représentées dans tous les actes de la vie civile par le Président du Conseil d'administration ou par toute personne ayant reçu délégation de pouvoirs de celui-ci.

Elles peuvent recevoir des dons ou legs des personnes physiques ou morales et des subventions de l'Etat qui doivent être exclusivement affectés à la réalisation de leur objet.

Art.16.- Les mutuelles de santé peuvent, dans les conditions prévues par voie réglementaire, créer, gérer, participer à des établissements ou services à caractère sanitaire, médico-social ou culturel.

Les statuts de ces établissements et services ainsi que les règles de leur fonctionnement, lorsqu'ils sont liés à une mutuelle de santé, sont fixés par voie réglementaire.

Art.17.- Les mutuelles de santé bénéficient des exemptions des impôts et taxes suivants :

- taxe sur la valeur ajoutée (TVA) ;
- contribution foncière sur les propriétés bâties ;
- impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux ;
- droit d'enregistrement et de timbres ;
- contribution des patentes et licences ;
- taxe d'apprentissage ;
- taxe des biens de mainmorte ;
- impôts sur le revenu des capitaux immobiliers.

Chapitre 4 - Obligations et droits des adhérents des mutuelles de santé

Art.18.- Les adhérents des mutuelles de santé sont tenus, dans les conditions précisées par les statuts et le règlement intérieur, de s'acquitter des droits d'adhésion et des cotisations et de se soumettre à toute autre obligation prévue par la présente loi, les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle de santé.

La qualité d'adhérent est matérialisée par une carte d'adhésion. Le contenu et les caractéristiques de cette carte d'adhésion est fixé par voie réglementaire.

Art.19.- Les adhérents jouissent d'un égal accès aux prestations et tous autres services fournis par la mutuelle de santé découlant de leur adhésion dans la limite de leur cotisation qui est fonction des personnes à charge et des risques couverts.

Chaque adhérent a un droit de regard direct ou indirect sur le fonctionnement et la gestion de la mutuelle de santé.

Ce droit inclut l'accès à toute information relative aux délibérations des organes délibérants et à la gestion de la mutuelle.

Dans les conditions prévues par les statuts de la mutuelle, les personnes à charge de chaque adhérent bénéficient de la prise en charge, en cas de survenue de risques couverts par la mutuelle de santé.

Art.20.- Des décrets pris en conseil des ministres, sur proposition des ministres en charge des secteurs concernés fixent les statuts-types des mutuelles de santé des agents de l'Etat, de ses démembrements, des établissements publics, des mutuelles d'entreprises, des mutuelles de santé du personnel militaire et des personnels paramilitaires, des mutuelles de santé créées par les communautés rurales et urbaines ou toutes autres catégories sociales.

Ces décrets déterminent les dispositions des statuts-types qui ont un caractère obligatoire.

Titre 3 - Organes d'administration et fonctionnement des mutuelles de sante

Art.21.- Les organes des mutuelles de santé sont :

- l'Assemblée Générale ;
- le Conseil d'Administration ;
- le Bureau Exécutif ou le Gérant ;
- l'organe de contrôle : les commissaires aux comptes.

Chapitre 1 - Assemblée Générale

Art.22.- L'Assemblée Générale est la plus haute instance de décisions de la mutuelle de santé. Elle est composée de l'ensemble des adhérents.

Toutefois, lorsque la mutuelle dispose de sections, l'Assemblée Générale pourra être composée des seuls représentants élus des sections dans les conditions définies par les statuts.

Art.23.- Les membres composant l'Assemblée Générale jouissent d'un égal droit de vote.

Les statuts fixent les conditions de quorum et les majorités nécessaires aux prises de décisions des Assemblées Générales des mutuelles de santé.

Art.24.- L'Assemblée Générale ordinaire a compétence pour statuer sur les questions suivantes :

- l'adoption et la modification des statuts et règlement intérieur ;
- l'adhésion ou le retrait d'une union ou fédération de mutuelles ;
- la fusion, la scission et la dissolution volontaire de la mutuelle ;
- les modalités de gestion administrative et financière des services et établissements gérés par la mutuelle ;
- les emprunts à contracter par la mutuelle ;
- l'appréciation de la gestion financière, morale et technique de la mutuelle ;

- l'élection des membres du conseil d'administration et de l'organe de contrôle et le cas échéant leur révocation ;
- la détermination sur proposition du conseil d'administration, des modalités et des montants des gratifications servies aux élus ;
- la fixation du montant du droit d'adhésion et de cotisation ;
- la définition de la politique générale de mutuelle de santé et la détermination des prestations offertes ;
- l'adoption du budget et des comptes annuels ;
- les décisions d'investissement ;
- les dons et legs.

Chapitre 2 - Conseil d'Administration

Art.25.- Le Conseil d'Administration est l'organe de gestion et d'administration de la mutuelle de santé. Il applique les délibérations de l'Assemblée Générale. Il exerce toutes les prérogatives qui ne sont pas expressément dévolues à l'Assemblée Générale.

Art.26.- Les membres du Conseil d'Administration sont élus en Assemblée Générale parmi les membres de la mutuelle.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Toutefois, les administrateurs peuvent être remboursés des charges encourues pour le besoin de leur mission.

Les statuts-types de chaque catégorie de mutuelle déterminent les conditions de cette prise en charge.

Chapitre 3 - Bureau Exécutif ou Gérant

Art.27.- Les membres du Bureau Exécutif sont désignés par le Conseil d'administration en son sein. Le Gérant est choisi parmi les membres de la mutuelle de santé.

Nul ne peut cumuler les fonctions d'administrateur et de gérant. Les fonctions de membres du Bureau Exécutif ou de Gérant sont gratuites.

Toutefois, dans certaines circonstances, ils peuvent bénéficier de gratifications, dont le montant est déterminé par le Conseil d'Administration en conformité avec les statuts et règlement intérieur de la mutuelle.

Lorsque le niveau d'activités de la mutuelle le requiert, le gérant peut être un salarié.

Art.28.- Le Bureau Exécutif ou le gérant exerce son activité sous le contrôle du Conseil d'administration qui peut lui déléguer les pouvoirs nécessaires au fonctionnement régulier de la mutuelle de santé.

Chapitre 4 - Organe de contrôle

Art.29.- L'organe de contrôle de gestion des mutuelles de santé est le commissaire aux comptes, sans préjudice des prérogatives reconnues à l'autorité de régulation des mutuelles de santé.

Art.30.- Le contrôle de la gestion financière de la mutuelle est dévolu à un ou plusieurs commissaires aux comptes selon la taille de la mutuelle de santé.

Art.31.- Les commissaires aux comptes sont désignés en Assemblée Générale parmi les membres de la mutuelle de santé. Dans les cas visés au point 1 de l'article 3 de la présente loi, l'Etat peut, en cas de besoin, désigner des commissaires aux comptes.

La qualité de commissaires aux comptes est incompatible avec les fonctions d'administrateur ou de gérant. Leur fonction est gratuite. Toutefois, lorsque l'importance des activités de la mutuelle de santé l'exige, un contrôle financier ponctuel peut être confié à une personne ou structure qualifiée dont la mission sera rémunérée.

Art.32.- Les commissaires aux comptes vérifient la régularité des opérations comptables et la tenue régulière des livres comptables de la mutuelle de santé.

Ils peuvent, à toute époque de l'exercice, procéder aux vérifications et contrôles qu'ils jugent opportuns et peuvent se faire communiquer sur place, toutes les pièces qu'ils estiment utiles à l'exercice de leur mission notamment tout contrat, livre, documents comptables, registres et procès-verbaux.

Les commissaires aux comptes soumettent à chaque session ordinaire de l'Assemblée Générale et chaque fois que de besoin, un rapport sur la gestion comptable et financière de la mutuelle de santé. Dans les cas prévus à l'alinéa 1 de l'article 31 ci-dessus, le rapport est soumis au Ministère de tutelle.

Art.33.- Les décrets portant statuts-types des mutuelles de santé fixent, en fonction de leur catégorie, leur mode de fonctionnement.

Titre 4 - Ressources des mutuelles de sante

Chapitre 1 - Dispositions financières

Art.34.- Les ressources financières des mutuelles de santé sont constituées essentiellement :

- des droits d'adhésion des membres ;
- des cotisations ;
- des contributions diverses qu'elles peuvent recevoir ;
- du produit de leurs activités ;
- des dons, legs et subventions éventuelles ;
- des emprunts.

Art.35.- Les mutuelles de santé tiennent une comptabilité conformément à la réglementation en vigueur.

L'exercice comptable des mutuelles court du 1er janvier au 31 décembre de l'année civile.

Les mutuelles de santé peuvent placer des fonds soit dans un compte ouvert dans les établissements financiers agréés, soit dans les unions auxquelles elles sont affiliées. Les conditions de dépôt et de placement de ces fonds sont fixées par les statuts.

Art.36.- Les excédents annuels dégagés par les mutuelles de santé en fin d'exercice sont soumis à un prélèvement obligatoire pour la constitution d'un fonds de réserve.

Le fonds de réserve est une marge financière constituée en vue d'assurer la sécurité financière de la mutuelle.

Il doit être égal à 30 % au moins de ces excédents annuels.

Art.37.- Les conditions de dépôt et de placement des fonds de réserves sont fixées par les statuts de la mutuelle de santé.

Chapitre 2 - De l'affectation des excédents

Art.38.- Lorsqu'elle dégage un excédent en fin d'exercice, et après constitution du fonds de réserve légale visé à l'article 36 ci-dessus, la mutuelle peut procéder à l'affectation de ses excédents à des opérations d'investissements allant dans le sens de l'amélioration de ses interventions au profit de ses adhérents.

Titre 5 - Unions, fusions et scissions de mutuelles de sante

Chapitre 1 - Unions de mutuelles de santé

Art.39.- Les mutuelles de santé appartenant à une même catégorie peuvent constituer entre elles des unions ou des fédérations dans le but notamment de réaliser toutes opérations et prestation de service susceptibles de contribuer directement ou indirectement au développement de leurs activités.

Art.40.- Les membres des unions ou fédérations de mutuelles de santé disposent, au sein de l'Assemblée Générale de l'union ou de la fédération, des mêmes droits.

L'Etat ou ses démembrements peut, par voie législative ou réglementaire, prendre toutes mesures incitatives au regroupement des mutuelles.

Art.41.- Les unions ou fédérations de mutuelles sont tenues pour leur création, d'observer les mêmes formalités que les mutuelles.

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

Les dispositions statutaires des unions ou des fédérations ne peuvent porter atteinte aux règles et principes établis par la présente loi.

Art.42.- Les mutuelles de santé peuvent se constituer en Groupement d'Intérêt Economique (GIE) conformément à l'acte uniforme de l'OHADA sur les sociétés et GIE, dans le but ex-

clusif de mettre en œuvre pour une durée déterminée, les moyens propres à faciliter ou développer l'activité des membres, améliorer ou accroître le résultat de leurs activités.

Chapitre 2 - Fusions et scissions de mutuelles de santé

Art.43.- Les mutuelles de santé qui participent à une fusion ou qui procèdent à une scission établissent un projet de fusion ou de scission qui est soumis à leurs Assemblées Générales respectives pour approbation.

Art.44.- Deux ou plusieurs mutuelles peuvent se réunir pour ne former qu'une seule entité, soit par création d'une nouvelle mutuelle, soit par absorption de l'une par l'autre.

Une mutuelle, même en liquidation, peut être absorbée par une autre ou participer à la constitution d'une nouvelle par voie de fusion.

La fusion entraîne transmission à titre universel du patrimoine de la ou des mutuelles qui disparaissent du fait de la fusion, à la mutuelle absorbante ou à la mutuelle nouvelle.

Art.45.- Une mutuelle de santé peut transmettre son patrimoine par voie de scission à des mutuelles existantes ou nouvelles.

La scission entraîne transmission à titre universel du patrimoine de la mutuelle qui disparaît du fait de la scission, aux mutuelles existantes ou nouvelles sur décision de l'Assemblée Générale des adhérents.

Art.46.- La fusion ou la scission prend effet :

- en cas de création d'une ou de plusieurs nouvelles mutuelles, à la date de reconnaissance de la (ou des) nouvelle (s) mutuelle (s) ;
- dans les autres cas, à la date de la dernière Assemblée Générale ayant approuvé l'opération envisagée, à moins que les parties ne conviennent d'une autre date de prise d'effet.

Toute fusion ou scission donne lieu obligatoirement au respect de la procédure à suivre pour la création de la mutuelle.

Elle donne en outre lieu à mention dans le répertoire national des mutuelles de santé, à publication par journal d'annonces légales et au journal officiel de la République du Niger.

Titre 6 - Contrôle, surveillance des mutuelles de santé et relations avec les pouvoirs publics

Art.47.- Les adhérents à la mutuelle ont le droit de consulter tout rapport relatif au fonctionnement de la mutuelle.

Lorsqu'ils sont requis par au moins un tiers des adhérents, les commissaires aux comptes sont tenus de procéder aux investigations qui leur sont demandées, sur des actes de gestion de la mutuelle.

Art.48.- Les autorités de tutelle reçoivent toutes informations relatives au fonctionnement des mutuelles de santé, notamment le rapport annuel d'activités, le bilan et ses documents annexes. Copies de ces documents sont adressées à l'autorité de régulation des mutuelles de santé.

En cas de constatation d'un dysfonctionnement, ces autorités peuvent procéder ou faire procéder à une enquête sur la constitution, le fonctionnement et la situation financière des structures mutualistes, et relever notamment les entorses aux dispositions légales.

En cas de constatation d'une menace caractérisée à la continuité du fonctionnement de la mutuelle ou d'entorses caractérisées aux dispositions légales, l'agence de régulation en informe les ministères des tutelles financière, technique et administrative qui ont compétence pour prendre toutes mesures conservatoires propres à sauvegarder les intérêts des membres ou des tiers concernés.

L'autorité de tutelle pourra notamment :

- convoquer l'Assemblée Générale pour faire délibérer sur les mesures propres à régulariser la situation ;
- enjoindre à la mutuelle de régulariser sa situation sous délai ;
- suspendre les dirigeants ;
- suspendre l'agrément.

Titre 7 - Pénalités

Art.49.- Seront punis des peines prévues au code pénal, comme auteurs, coauteurs ou complices, les administrateurs, gérants ou commissaires aux comptes qui auront communiqué ou publié sciemment les documents comptables inexacts ou des rapports visant à dissimuler la situation véritable de la mutuelle de santé.

Art.50.- Seront punis des peines prévues par le code pénal pour abus de biens sociaux et de crédit, comme auteurs, coauteurs ou complices les administrateurs, commissaires au comptes et gérants qui auront fait des biens ou du crédit de la mutuelle un usage qu'ils savaient contraire à l'intérêt de celle-ci.

Art.51.- Sera punie d'une amende de 10.000.000 à 40.000.000 FCFA, et d'un emprisonnement de six mois à trois ans, ou de l'une de ces deux peines seulement, toute personne qui aura sciemment créé ou fait fonctionner une mutuelle de santé en violation des dispositions prévues par la présente loi, ou utilisé abusivement la dénomination « mutuelle de santé ».

Titre 8 - Dissolution et liquidation

Art.52.- Les mutuelles de santé cessent d'exister par la suite soit de la dissolution anticipée sur décision volontaire des membres, soit lorsque cette dissolution est prononcée d'office par l'autorité administrative ou par décision judiciaire la déclarant en liquidation des biens.

La dissolution de la mutuelle entraîne sa liquidation. Nonobstant l'ouverture d'une procédure de liquidation, la personnalité morale survit jusqu'à la clôture des opérations de liquidation.

En cas de liquidation, lorsqu'il en est dégagé un bonus, celui-ci est mis à la disposition de l'Assemblée Générale des adhérents qui décide de l'affectation à lui donner.

Titre 9 - Dispositions transitoires et finales

Art.53.- Les mutuelles de santé antérieurement créées à la présente loi, disposent d'un délai de douze mois à compter de la date de son entrée en vigueur pour s'y conformer.

Passé ce délai, elles sont réputées dissoutes de plein droit.

Art.54.- La présente loi sera publiée au journal officiel de la République du Niger et exécutée comme loi de l'Etat.