

Le régime malien de sécurité sociale

- A. [Généralités](#)
- B. [Maladie-maternité](#)
- C. [Accidents du travail, maladies professionnelles](#)
- D. [Prestations familiales](#)
- E. [Invalidité, vieillesse et décès \(survivants\)](#)

A. Généralités

1) Structure

Le régime malien de sécurité sociale couvre les salariés des secteurs public et privé.

Il assure aux intéressés une protection contre les risques :

- maladie-maternité,
- accidents du travail et maladies professionnelles,
- vieillesse, invalidité, décès-survivants,
- prestations familiales.

Les travailleurs indépendants peuvent adhérer volontairement aux couvertures des différents risques.

2) Organisation administrative

Sous la tutelle du [Ministère de la Santé, de la solidarité et des personnes âgées](#), la gestion de ces régimes est assurée par l'[Institut National de la Prévoyance Sociale](#) - Square Patrice Lumumba - B.P. 53 - Bamako - Tél. : (00 223) 20.21.25.54 ou 20.21.31.58 - Fax : (00 223) 20.21.47.31 - Courriel : inps@inpsmali.com.

L'INPS dispose de 7 directions régionales (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao). Il existe actuellement 4 centres médicaux inter-entreprises (CMIE), 2 centres de protection maternelle et infantile (PMI) et un centre dentaire infantile (CDI).

Un plan d'action national d'extension de la protection sociale a permis la mise en place d'un régime d'Assurance Maladie obligatoire (AMO) et d'un Régime d'Assistance Médicale (RAMED).

La gestion du régime AMO est assurée par la [Caisse Nationale d'Assurance Maladie \(CANAM\)](#), qui est un établissement public national - Hamdallaye ACI 2000 - B.P. 3062 - Bamako - Tél. : (00 223) 20.72.91.95. Certaines compétences (attestations de droits, paiement des prestataires de soins, recouvrement des cotisations) sont déléguées à l'INPS.

Le [Régime d'Assistance Médicale \(RAMED\)](#) est géré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) - Hamdallaye ACI 2000 - Rue 390 Porte 465 - Bamako - Tél. : (00 223) 20.23.28.46 - Fax : (00 223) 20.23.28.47.

Il n'existe pas de régime couvrant la perte d'emploi mais le Mali a créé en 2001 l'Agence Nationale pour l'Emploi ([ANPE](#)) qui est un établissement public à caractère administratif doté d'une autonomie financière et d'une personnalité morale. Sa mission est de contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale de l'emploi du gouvernement du Mali. Il est chargée de procéder à la collecte, la centralisation, l'analyse et la diffusion des données relatives au marché de l'emploi et des offres d'emploi, d'orienter les demandeurs d'emploi, de promouvoir l'auto-emploi, de concourir à la mise en œuvre des activités de formation professionnelle, de reconversion et d'insertion...

3) Affiliation

Tout employeur est tenu de porter à la connaissance de l'INPS chaque embauche ou licenciement de personnel dans les huit jours.

Les membres non-salariés des professions libérales, artisanales, commerciales et industrielles ainsi que les travailleurs indépendants ont la possibilité d'adhérer volontairement à l'INPS. L'affiliation prend effet à compter du premier jour du trimestre civil en cours à la date de réception de la demande.

4) Financement

Travailleurs salariés

| Cotisations au 1er janvier 2014 | | |
|--|--|----------------|
| Branches | Part patronale | Part salariale |
| Prestations familiales Indemnités journalières de maternité | 8 % | - |
| Prestations en nature (AMO) | 3,50 % | 3,06 % |
| Accidents du travail, maladies professionnelles | de 1 à 4 % suivant les risques encourus | - |
| Vieillesse Invalidité, survivants | 5,4 % | 3,6 % |
| ANPE | 1 % | - |

Bordereau de versement des cotisations

Les cotisations sont payées sur la totalité du salaire. Le montant du salaire pris en considération pour la base de calcul des cotisations ne peut, en aucun cas, être inférieur au montant du SMIG.

Le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) correspond à 28.460 Francs CFA¹.

Le taux de cotisations dû au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire (AMO) à la charge des pensionnés et des veuves de pensionnés est fixé à 0,75 %.

Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) est financé par les contributions des collectivités territoriales (35 %) et par des subventions de l'Etat (65 %).

¹Depuis le 1er janvier 2002, 1 F CFA vaut 0,0015 euros.

Travailleurs indépendants

L'adhésion des travailleurs indépendants aux différents risques est volontaire.

| Cotisations au 1er janvier 2014 | | |
|--|---|--|
| Branches | Taux | Plafond mensuel |
| Prestations familiales Indemnités journalières de maternité | 8 % | 5 classes de salaire : entre un minimum de 41.666 F CFA et un maximum de 333.333 F CFA |
| Prestations en nature (AMO) | 6,56 % | 5 classes de salaire : entre un minimum de 41.666 F CFA et un maximum de 333.333 F CFA |
| Accidents du travail, maladies professionnelles | de 1 à 4 % suivant les risques encourus | entre un minimum de 28.460 F CFA et un maximum de 284.600 F CFA |
| Vieillesse Invalidité, survivants | 9 % | 5 classes de salaire : entre un minimum de 41.666 F CFA et un maximum de |

Cotisations au 1er janvier 2014

| Branches | Taux | Plafond mensuel |
|----------|------|-----------------|
| | | 333.333 F CFA |

Les revenus trimestriels des travailleurs non-salariés sont classés en 5 catégories qui déterminent le montant des cotisations versées pour les prestations familiales, l'AMO et les pensions :

| CLASSES | REVENUS TRIMESTRIELS | PLAFOND TRIMESTRIEL |
|---------|---------------------------|---------------------|
| 1 | Moins de 150.000 F CFA | 125.000 F CFA |
| 2 | 150.000 à 450.000 F CFA | 400.000 F CFA |
| 3 | 450.000 à 750.000 F CFA | 675.000 F CFA |
| 4 | 750.000 à 1.000.000 F CFA | 900.000 F CFA |
| 5 | Plus de 1.500.000 F CFA | 1.000.000 F CFA |

Les cotisations sont versées trimestriellement.

B. Maladie-maternité

1/ Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

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

Pour bénéficier de l'AMO, l'assuré doit avoir versé des cotisations pendant au moins 6 mois consécutifs.

Sont considérés comme bénéficiaires, les assurés ainsi que les membres de leur famille à charge :

- conjoint marié légalement,
- enfant de moins de 14 ans ou 21 ans si scolarisé, ou enfant handicapé justifiant d'une impossibilité totale et définitive d'avoir une activité rémunérée,
- ascendant direct dépendant de l'assuré économiquement.

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

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

L'AMO garantit la prise en charge directe d'une partie des frais de santé par la caisse (70 ou 80 %), l'autre partie restant à la charge de l'assuré sous forme de ticket modérateur (30 ou 20 %). L'assuré peut souscrire une assurance complémentaire pour couvrir les frais restant à sa charge.

Soins ambulatoires

Les taux de prise en charge par l'assurance maladie des frais liés aux consultations générales ou spécialisées, aux soins infirmiers, aux soins dentaires, aux analyses de laboratoire et imagerie médicale délivrés dans un établissement conventionné est de 70%.

Sauf autorisation préalable de la caisse, ne sont pris en charge :

- qu'une seule consultation ou visite de praticien pour la même affection dans les 24 heures à moins que l'évolution du cas ne nécessite une assistance médicale urgente ;
- qu'une seule consultation ou visite de praticien de la même discipline médicale par période de 7 jours, sauf évolution nécessitant une assistance médicale urgente.

La prise en charge des prestations bucco-dentaires et d'orthodontie est soumise à la présentation d'un devis détaillé. Concernant l'orthodontie, aucune prestation ne peut être prise en charge plus d'une fois.

Médicaments

Les médicaments pris en charge par l'AMO à 70 % sont inscrits dans une liste.

Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation sont pris en charge à 80 % et comprennent :

- les frais d'hôtellerie hospitalière à l'exclusion des dépenses à caractère personnel ;
- les frais correspondants aux actes médicaux, chirurgicaux ;
- les frais occasionnés par le transport du malade.

Maternité

Les prestations de maternité de l'AMO comprennent les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

L'état de grossesse médicalement constaté d'une assurée ou conjointe d'un assuré doit être déclaré à la caisse au cours du troisième mois.

Le droit de prise en charge des frais liés à la grossesse est ouvert à compter de la déclaration de grossesse jusqu'à la huitième semaine après l'accouchement.

Les prestations en espèces liées à la maternité sont versées dans le cadre des prestations familiales.

2/ Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

La loi n° 09-031 du 27 juillet 2009 a permis la mise en place d'un Régime d'Assistance Médicale (RAMED) afin d'assurer une couverture médicale aux personnes dépourvues de revenu.

Pour pouvoir bénéficier du RAMED, la personne doit :

- s'immatriculer auprès de l'ANAM,
- disposer d'un certificat "d'indigent" délivré par la mairie du lieu d'habitation,
- ne pas être assujettie à l'AMO,
- être sans ressources.

Le panier de soins du RAMED couvre les soins ambulatoires (consultations médicales, soins infirmiers, soins dentaires, imageries médicales, examens de laboratoire, petites chirurgies), les hospitalisations (frais d'hôtellerie hospitalière, actes médicaux et chirurgicaux), les produits pharmaceutiques (inscrits sur une liste des médicaments admis), les prestations de maternité (ensemble des frais médicaux, analyses, examens, hospitalisation liée à la grossesse, accouchement et ses suites).

Tous ces soins doivent être fournis dans un établissement public ou communautaire conventionné et sont pris en charge à 100 %.

C. Accidents du travail, maladies professionnelles

1) Déclaration, formalités, soins

L'employeur ou le travailleur indépendant est tenu de déclarer immédiatement ou au plus tard dans un délai de 48 heures tout accident du travail ou maladie professionnelle constaté(e) dans l'entreprise.

L'employeur doit, par ailleurs, faire assurer les soins de première urgence, aviser le médecin chargé des services médicaux de l'entreprise ou le médecin le plus proche et éventuellement diriger la victime sur le centre médical ou interentreprises, à défaut sur la formation sanitaire publique ou l'établissement hospitalier public ou privé le plus proche du lieu de l'accident.

Si la victime n'a pas repris le travail dans les 3 jours, l'employeur doit faire établir un certificat médical ; les frais, à l'exception de ceux qui concernent les soins de première urgence, sont à la charge de l'INPS (système du tiers payant).

2) Prestations

Incapacité temporaire

L'indemnité journalière est payée à la victime par l'INPS à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail jusqu'à la guérison ou constatation de l'incapacité permanente.

L'indemnité est égale à 100 % du dernier salaire/revenu de l'assuré précédant l'accident.

Incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente, la victime a droit à une rente égale au salaire/revenu annuel, multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié lorsque ce taux est compris entre 10 et 50 % et augmenté de moitié lorsqu'il excède 50 %.

Le plafond du salaire servant à calculer la rente est égal à 28 fois le SMIG.

Si la victime a besoin de l'assistance d'une tierce personne, la rente est majorée de 40 %.

Si le degré d'incapacité est inférieur à 10 %, il est effectué un versement unique.

Le montant maximum de la rente est égal à 20 fois le SMIG.

Le montant minimum de la rente, si le degré d'incapacité est égal ou supérieur à 10 %, ne peut être inférieur à 1,3 fois le SMIG.

Après un délai de 5 ans, la rente peut être convertie en capital en totalité ou en partie si :

- le taux d'incapacité ne dépasse pas 20 %, sur simple demande,
- le taux d'incapacité est compris entre 20 et 50 %. Dans ce cas, le rachat peut être opéré dans la limite du quart au plus du capital correspondant à la valeur de la rente.

L'assuré, victime d'un accident du travail et bénéficiaire d'une rente, doit se soumettre à des examens médicaux auprès d'un médecin agréé par l'INPS, durant les 2 premières années et ensuite chaque année.

Décès

Au décès d'un assuré victime d'un accident du travail, le conjoint et les orphelins peuvent prétendre à un avantage versé sous forme de pension.

Le montant de la rente est égal à un pourcentage du salaire/revenu moyen annuel du défunt précédant le début de l'incapacité.

La rente due aux survivants s'élève à :

- 30 % du salaire/revenu annuel de la victime pour le conjoint, si le mariage a eu lieu avant le début de l'incapacité du défunt. En cas de pluralité de veuves, la rente est répartie en parts égales. En cas de remariage et s'il n'y a pas d'enfant à charge, la rente n'est plus versée, elle est remplacée par une **allocation de remariage** égale à 3 ans de rente.
- 15 % pour chacun des deux premiers enfants, 10 % pour chaque enfant suivant, 20 % pour chaque enfant orphelin de père et de mère. Les orphelins bénéficiaires d'une rente doivent être âgés de moins de 14 ans (ou moins de 18 ans en cas d'apprentissage, 21 ans en cas d'études ou d'infirmité).

- 10 % pour chaque ascendant à charge à concurrence de 30 %.

Le total des rentes de survivants ne doit pas dépasser 85 % du salaire/revenu moyen annuel du défunt, le cas échéant, les rentes seront réduites proportionnellement.

Le salaire servant de base de calcul ne peut être inférieur à 1,3 fois le SMIG.

Le plafond du salaire servant à calculer la rente est égal à 28 fois le SMIG.

Une **allocation funéraire** est versée pour aider les familles à faire face aux frais d'obsèques. Le montant du remboursement maximum est égal à 25 % du SMIG annuel.

D. Prestations familiales

Le régime des prestations familiales comprend :

- la prime de mariage ;
- l'aide à la mère et aux nourrissons : allocations prénatales, prime de naissance, indemnités journalières de maternité, allocations familiales et congé de naissance.

1) Conditions générales

Les prestations familiales sont accordées à tout travailleur salarié sous condition d'activité, à l'assuré volontaire, pensionné(e) veuve/veuf d'un bénéficiaire.

Le travailleur salarié doit justifier de 9 mois d'activités salariées consécutives chez un ou plusieurs employeurs, un mois étant validé par 18 jours ou 120 heures d'activité.

Le travailleur non-salarié doit justifier de 9 mois consécutifs de cotisations.

Les salariés étrangers travaillant au Mali ont droit aux prestations familiales.

2) Prestations

Prime de mariage

Seuls les travailleurs salariés ont droit à cette prestation.

Il s'agit d'une allocation qui permet au travailleur d'acquérir l'équipement nécessaire à son ménage.

Son montant est égal à un montant forfaitaire de 13.650 francs CFA. Cette prime est versée une seule fois lors du premier mariage.

Allocations prénatales

Des allocations prénatales sont versées à toute femme enceinte assurée ou ayant-droit d'un assuré, ayant subi les examens médicaux obligatoires.

Si la déclaration de grossesse accompagnée d'un certificat médical est adressée à l'INPS dans les 3 premiers mois de la grossesse, les allocations sont dues pour les 9 mois précédant la naissance.

L'attribution des prestations est subordonnée à trois examens médicaux (avant la fin du 3ème mois, vers le 6ème mois et vers le 8ème mois).

Le montant des allocations prénatales est de 12.285 F CFA. Il est versé en trois fractions :

- 2.730 francs CFA,
- 5.460 francs CFA,
- 4.095 francs CFA.

Prime de naissance

Une prime de naissance est versée à toute femme assurée ou ayant-droit d'un assuré, ayant subi les examens médicaux obligatoires.

Son paiement est subordonné au contrôle médical de l'accouchement et à la surveillance médicale du nourrisson.

La prime de naissance, dont le montant total est de 16.380 F CFA, est payée en trois fractions :

- 1/2 à la naissance ou immédiatement après la demande (8.190 francs CFA),
- 1/4 lorsque l'enfant atteint l'âge de six mois (4.095 francs CFA),
- 1/4 lorsque l'enfant atteint un an (4.095 francs CFA).

Allocations familiales

Elles sont attribuées au travailleur pour chacun des enfants à sa charge, âgé de plus d'un an et de moins de 14 ans (18 ans pour les enfants placés en apprentissage, 21 ans en cas de poursuite d'études).

Le taux des allocations familiales est fixé à 1.500 francs CFA par enfant et par mois.

Indemnité journalière de maternité

Cette indemnité est versée à toute mère résidant au Mali qui justifie :

- pour les salariées, de 9 mois consécutifs de cotisation sur la base de 18 jours ou 120 heures de travail par mois ;
- pour les non-salariées, de 2 périodes de 6 mois d'assurance volontaire.

L'indemnité journalière est égale à l'intégralité du dernier salaire/revenu sans plafond.

Elle est accordée pour la période réelle d'inactivité qui s'inscrit entre les 6 semaines qui précèdent et les 8 semaines qui suivent l'accouchement.

Le versement de l'indemnité journalière peut être prolongé pendant 3 semaines en cas de suites de couches pathologiques.

Congé de naissance

A l'occasion de chaque naissance d'enfant viable survenue dans son foyer, tout chef de famille salarié a droit à un congé de 3 jours rémunéré à 100% du salaire quotidien.

Ces jours peuvent être consécutifs ou non, après entente entre l'employeur et le bénéficiaire mais devront être compris dans une période de 15 jours incluant la date de naissance.

E. Invalidité, vieillesse et décès (survivants)

Le régime malien d'assurance pension vise l'assurance invalidité, vieillesse et survivants.

1) Invalidité

Conditions

Pour obtenir une pension d'invalidité, le travailleur doit :

- avoir accompli au moins 8 ans d'assurance (10 ans pour l'assuré volontaire),
- présenter une réduction de ses capacités physiques ou mentales d'au moins 66,66 %.

Montant

La pension est égale à 26 % du salaire/revenu moyen mensuel des 8 dernières années (10 dernières années pour les assurés volontaires) multiplié par la durée d'assurance majorée de 2 % par période de 12 mois pendant 120 mois maximum (au delà de 60 trimestres pour les assurés volontaires).

Le montant de la pension ne peut excéder 80% du salaire moyen mensuel de l'assuré salarié et 30% du revenu moyen trimestriel de l'assuré volontaire.

Le montant minimum sur lequel est calculée la pension d'invalidité est égal à 2 fois le SMIG.

La pension d'invalidité cesse d'être versée à partir de 53 ans (55 ans en cas d'assurance volontaire) et est remplacée par la pension de vieillesse d'un montant au moins égal à la pension d'invalidité.

2) Vieillesse

a/ Pension

Le travailleur salarié âgé de 58 ans (60 ans en cas d'assuré volontaire) et ayant accompli au moins 13 ans d'assurance (15 ans en cas d'assuré volontaire) peut prétendre à une pension de vieillesse.

Celle-ci peut être liquidée à partir de 53 ans (55 ans pour les assurés volontaires) sans coefficient d'anticipation en cas de vieillesse prématurée ou avec coefficient d'anticipation si le requérant n'est pas inapte ; le montant sera affecté d'un abattement de 5 % par année d'anticipation.

La pension est égale à 26 % du salaire/revenu moyen mensuel des 8 dernières années (10 dernières années pour les assurés volontaires) multiplié par la durée d'assurance majorée de 2 % par période de 12 mois pendant 120 mois maximum (au delà de 60 trimestres pour les assurés volontaires).

Le montant de la pension ne peut excéder 80% du salaire moyen mensuel de l'assuré salarié et 30% du revenu moyen trimestriel de l'assuré volontaire.

Le montant minimum sur lequel est calculée la pension de vieillesse est égal à 2 fois le SMIG.

b/ Allocation vieillesse de solidarité

Le travailleur salarié âgé de 58 ans n'ayant pas accompli 13 ans d'assurance mais ayant accompli au moins 6 années pourra prétendre, sous conditions de ressources à une allocation de solidarité (60 ans pour l'assuré volontaire avec 10 années d'assurance).

Cette allocation versée sous forme de rente mensuelle est égale à 52 % du SMIG pour les travailleurs salariés et équivaut à 30 % des revenus utilisés pour le calcul des cotisations pour les assurés volontaires.

3) Pension de survivant

Au décès d'un assuré bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, le conjoint et les orphelins peuvent prétendre à un avantage versé sous forme de pension de réversion.

Dans le cas où l'assuré n'était pas titulaire d'une pension, une allocation de survivant est allouée sous forme de versement unique.

a/ Pension

Le conjoint ayant été marié au moins 2 ans avec le défunt peut prétendre à une pension de survivant à condition que son conjoint ait bénéficié ou aurait pu bénéficier d'une pension de vieillesse ou d'une pension d'invalidité.

La pension du conjoint est égale à 50 % de celle du défunt. En cas de pluralité de veuves, la pension est répartie en parts égales.

Pour chaque orphelin de moins de 14 ans (ou moins de 18 ans en cas d'apprentissage, 21 ans en cas d'études ou d'infirmité), il pourra être servi une pension égale à 10 % de celle du défunt. Le total des pensions d'orphelin ne pourra

pas dépasser 50 % de la pension du défunt. Le montant de la pension d'orphelin ne peut être inférieur au montant des allocations familiales au titre du même enfant.

b/ Allocation

Lorsque l'assuré au moment du décès n'était pas titulaire d'une pension ou n'avait pas accompli au moins 13 ans d'assurance (15 ans pour les assurés volontaires), le conjoint pourra prétendre à une allocation de survivant versée en une seule fois.

Cette allocation est égale à un mois de pension à laquelle aurait eu droit le défunt par semestres d'assurance accomplis.