

MINISTERE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL
DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES

**DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION
SOCIALE ET DE L'ECONOMIE SOLIDAIRE**
Tél.220 85 22/ Fax tél. 220 85 20

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple – Un But – Une Foi

GUIDE POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA MUTUALITE AU MALI A L'INTENTION DES AGENTS DE LA TUTELLE

EN COLLABORATION AVEC

S.C.A.C.
**(Service de Coopération
et d'Action Culturelle de
l'Ambassade de France)**

U.T.M
**(Union Technique
de la Mutualité)**

Nov. 2003

<i>Sigles & Abréviations</i>	4
<i>PREAMBULE</i>	5
I - GENERALITES	7
1. <i>Rappel Historique</i>	7
2. <i>Définitions</i> :	8
3. <i>Principes de Base de la Mutualité</i>	9
4. <i>Champs d'application et Services offerts</i>	12
a) <i>Maladie</i>	12
b) <i>Retraite / Invalidité/ Décès/ Réforme</i>	12
c) <i>Œuvres Sociales</i>	13
II – ENVIRONNEMENT LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE	15
1. <i>La loi 96 022 du 21 février 1996 régissant la mutualité en république du Mali</i>	15
2. <i>Le décret 96-136 du 2 mai 1996, fixant les conditions de placement et de dépôt des fonds des mutuelles</i>	16
3. <i>Le décret 96-137 du 2 mai 1996, établissant les statuts –types des mutuelles, unions et Fédérations de mutuelles</i>	16
4. <i>L'Arrêté inter ministériel 97-0477MSSPA- MATS-SG du 2 avril 1997 déterminant les procédures d'agrément des mutuelles</i>	17
5. <i>L'Arrêté n°02-1742 MDSSPA-SG du 19 août 2002 portant mécanismes de contrôle administratifs et financiers des mutuelles et organismes mutualistes</i>	17
III – PROCESSUS DE MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE	19
<i>Etape 1 : Mise en place du groupe de promoteurs</i>	19
<i>Etape 2 : Information et Sensibilisation de la Population</i>	19
<i>Etape 3 : Etude approfondie du contexte</i>	20
<i>Etape 4 : Etude de Faisabilité Economique et Sociale : Définition de la Formule mutualiste</i>	21
<i>Etape 5 : Elaboration des projets de textes (Statuts et règlement intérieur)</i>	22
<i>Etape 6 : Constitution de la mutuelle</i>	23
<i>Etape 7 : Recherche de reconnaissance officielle</i>	25
<i>Etape 8 : Adhésion à une mutuelle</i>	25
IV – ORGANISATION ET STRUCTURATION DES MUTUELLES ET GROUPEMENTS DE MUTUELLES 28	
1. <i>Organisation de la mutuelle et des groupements de mutualistes</i>	28
a) <i>Les différents instances et organes de la mutuelle</i> :.....	28
b) <i>Les principales responsabilités des instances et organes</i>	28
b1. <i>L'Assemblée Générale</i> :	28
b2. <i>Le conseil d'administration</i> :.....	28
❖ <i>Attributions de certains membres du Conseil d'Administration de la mutuelle</i>	29
b3. <i>Commission de Contrôle</i> :	30
c) <i>Organigramme type d'une mutuelle</i>	31
2. <i>Structuration des mutuelles et des groupements de mutuelles</i>	32
a) <i>Structure décisionnelle d'une mutuelle</i>	33
V – ELEMENTS DE GESTION D'UNE MUTUELLE	36
1. <i>La gestion administrative</i> :	36
a) <i>Le courrier</i>	36
b) <i>Les Réunions</i>	36
c) <i>Le conventionnement</i>	36
d) <i>Le Suivi des textes (Statuts et Règlement Intérieur)</i>	37
2. <i>La gestion financière de la mutuelle</i>	37

a)Rappel des notions de comptabilité :.....	37
b)Les documents comptables d'une mutuelle.....	38
VI – SUIVI ET EVALUATION DES MUTUELLES.....	42
1. <i>Objet du suivi et de l'évaluation</i>	42
a) <i>Le suivi</i>	42
b) <i>L'évaluation</i>	42
2. <i>Indicateurs de suivi et d'évaluation</i>	43
a) Indicateurs de fonctionnement institutionnel.....	44
b) Indicateurs d'efficacité des services mutualistes :	44
c) Indicateurs financiers :.....	47
VII – ROLE DE LA TUTELLE.....	51
1. <i>Elaboration de la Politique de Développement de la mutualité</i>	51
2. <i>Création et mise à jour du cadre législatif et réglementaire</i>	53
3. <i>Création du cadre institutionnel efficace</i> :.....	53
4. <i>Information – Sensibilisation – Formation des Acteurs</i> :	54
5. <i>Le Contrôle</i>	56
a) <i>Le Contrôle à Priori</i>	56
b) <i>Le Contrôle à Posteriori</i>	59
b1. <i>La viabilité de la mutuelle</i> :.....	59
b2. <i>Le fonctionnement institutionnel</i>	60
b3. <i>Le contrôle des outils de gestion</i>	60

ANNEXES :

Annexe I : Références Bibliographiques.....	2
Annexe II : Textes législatifs et réglementaires.....	3
Annexe III : Guide de réalisation de l'Etude de Faisabilité.....	29
Annexe IV : Modèle de Documents Comptables.....	56

Sigles & Abréviations

AGC :	Assemblée Générale Constitutive
DNAS :	Direction Nationale de l'Action Sociale
DNPSES :	Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire
MATS :	Ministère de l'Administration Territoriale et de la Sécurité
MDSSPA :	Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées
MUTEC :	Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PDDSS :	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
P.O :	Programme Opérationnel
PRODESS :	Programme de Développement Sanitaire et Social
P- RM :	Présidence – République du Mali
P.V :	Procès Verbal
S-G :	Secrétariat Général
UTM :	Union Technique de la Mutualité

PREAMBULE

Depuis le début des années quatre vingt dix le développement de la mutualité est inscrit au Mali dans les priorités du Gouvernement.

Cette volonté a été largement consacrée par les différents éléments de politique et de programmes, notamment la Politique Sectorielle de Santé, la Politique de Solidarité, le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, la Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale, le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 1998 – 2007 et le Programme de Développement Sanitaire et Social 1998 – 2002.

Au titre des différents acquis enregistrés dans la mise en œuvre des différents programmes opérationnels liés au développement de la mutualité, l'on peut noter la mise en place d'organisations de base et d'une structure faïtière (Union Technique de la Mutualité), l'adoption de textes législatifs et réglementaires et la tenue régulière de fora entre mutualistes et professionnels.

Ces différents acquis constituent aujourd'hui un environnement propice au développement d'un mouvement mutualiste de plus en plus grandissant, motivé par l'engouement qu'il suscite auprès de la population et des partenaires au développement.

Par ailleurs l'ensemble des acteurs est aujourd'hui conscient que les initiatives de la société civile autour du mouvement mutualiste ne sauraient se pérenniser que fort de l'accompagnement et du suivi de l'Etat.

Aussi, l'exercice d'une tutelle efficace s'inscrit-il dans le souci de garantir au mouvement mutualiste un développement compatible avec les dispositions légales en vigueur, et cela, au profit exclusif de ses membres.

Le présent « Guide pour le développement de la mutualité au Mali à l'intention des Agents de la tutelle » se veut être un manuel de travail. A ce titre il est appelé à offrir les indications essentielles permettant, en premier chef aux travailleurs relevant des services en charge de suivre au nom de l'Etat le développement de la mutualité, de disposer d'une ressource importante pour la conduite de nombre des tâches leur incombant.

Il s'agit, entre autres, de l'instruction des dossiers liés au suivi et contrôle à priori et à posteriori ainsi que de l'information/sensibilisation et de la formation des acteurs.

Au-delà, ce document est également utile pour tout acteur engagé dans des programmes d'appui au développement de la mutualité.

La forme volontairement simplifiée de ce document aussi bien dans sa structure que dans le style contribuera, nous le souhaitons, à en rendre l'exploitation facile et bénéfique.

I-GENERALITES

I - GENERALITES

1. *Rappel Historique*

Depuis les années 50, des organisations de « première génération » appelées mutuelles avaient déjà vu le jour en particulier dans certaines entreprises telles que les Postes et Télécommunication, les chemins de fer ainsi qu'au sein de l'archevêché.

Ces organisations qui incluaient dans leurs principes et méthodes de gestion une certaine démarche de solidarité, avaient le plus souvent, une forte imbrication avec, tantôt le mouvement syndicaliste, tantôt avec l'administration centrale des établissements respectifs. Par ailleurs, ces organisations ont, d'une manière générale, très peu développé, un mécanisme de prise en charge du risque maladie.

A partir de l'indépendance, on assista à l'éclosion de diverses nouvelles initiatives de création d'organisations mutualistes à caractère surtout corporatiste. C'est dans cette optique que la Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture (MUTEC) a vu le jour en 1983 dans un contexte d'ajustement structurel et de retard de salaires. Dans ce registre on peut noter la mise en place d'organisations de ce genre au sein des forces armées et de sécurité.

Organisées selon les spécificités des différents corps professionnels concernés, ces mutuelles assuraient toute la prise en charge de « risques sûrs » tels que la retraite et le décès, par le biais de cotisations périodiques. Jusqu'ici le risque maladie a été très peu pris en compte par ces organisations.

Au début des années 90 un nouvel élan est constaté dans la constitution d'organisations mutualistes. Cette situation a été favorisée par le nouveau contexte démocratique. Ainsi, contrairement aux périodes précédentes, nous assistons à l'émergence de mutuelles interprofessionnelles. La prise en compte du risque maladie constitue également de plus en plus une préoccupation de nombre d'entre elles.

La volonté pour les autorités de procéder au développement de la mutualité est partie de 1992 avec la définition de la Politique Sectorielle de Santé et la Politique Nationale de la Solidarité. A travers ces différentes politiques, 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 sociale 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 les gouvernements malien et français signaient une première convention pour la mise en œuvre du projet d'appui au développement des mutuelles de santé. C'est dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet que l'Union Technique de la Mutualité a été créée en avril 1998.

Par ailleurs, le Plan Décennal de Développement Social et Sanitaire (PDDSS 1998-2007) a inscrit le développement de la Mutualité parmi ses priorités. C'est ainsi que

le volet 3 du PRODESS 1998-2002 a retenu des activités de développement des Mutuelles en tant que formes et modalités de financement alternatif de la Santé. Sur le plan institutionnel, il faut noter la création du Ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées en février 2000 et celle de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire (DNPSES) en septembre de la même année.

Aujourd'hui la Mutualité connaît un essor comme en témoigne le nombre de Mutuelles agréées ou en gestation.

2. Définitions :

□ **Mutuelles :**

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 et de leurs familles, une action de prévoyance, de Solidarité et d'entraide.

A ce titre, elles assurent, notamment :

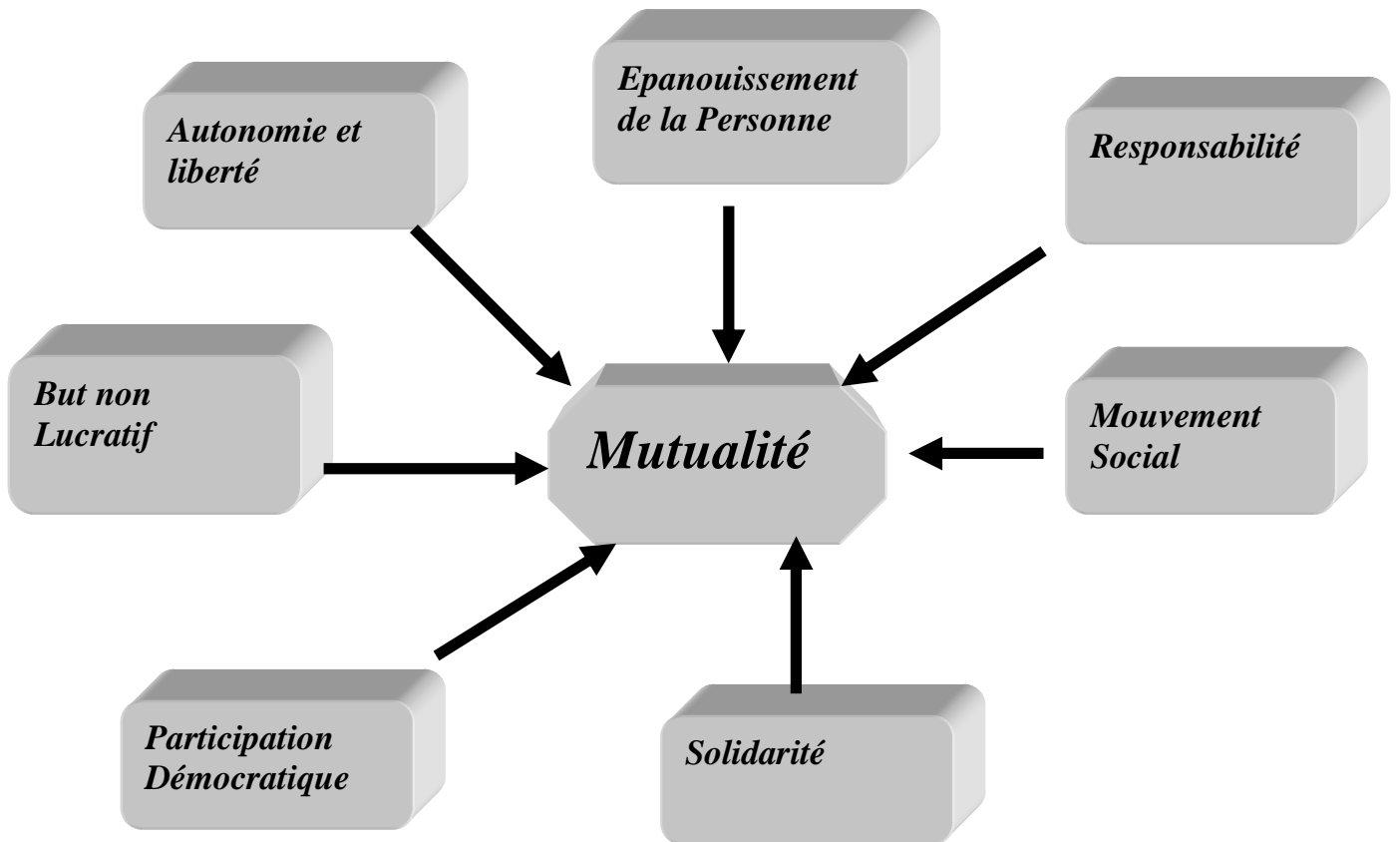
- la prévention des risques sociaux liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences ;
- la protection de l'enfance de la famille, des personnes âgées ou handicapées ;
- Le développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et l'amélioration de leurs conditions de vie.

□ **Mutualité :**

La Mutualité désigne le mode d'organisation, le système de pensée et la philosophie d'action propre au Mouvement Mutualiste.

Le terme désigne plus le Mouvement dans sa globalité en tant que composante de l'Economie Sociale.

3. Principes de Base de la Mutualité



Commentaire des principes

□ **La solidarité**¹

Le principe de solidarité est véritablement le fondement de la mutualité. Les implications de ce principe sont doubles. D'une part, chaque membre paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel (de tomber malade). La cotisation est donc la même quels que soient l'âge, le sexe, l'état de santé de l'adhérent. D'autre part, chacun bénéficie des mêmes services en cas de survenance du risque. La mutualité instaure donc une solidarité entre malades et bien portants, entre jeunes et vieux, et entre les différentes catégories professionnelles et sociales.

La solidarité nuance avec l'entraide car elle n'est pas forcément synonyme de réciprocité.

Par ailleurs, la solidarité est un concept dynamique : sa mise en œuvre, les moyens et les mécanismes pour la réaliser doivent évoluer avec la société dans laquelle la mutualité se développe.

□ **Fonctionnement démocratique et participatif**

La mutualité est le fruit de la liberté d'association, chacun est libre d'adhérer à une mutuelle et ce, sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale ou politique.

Tous les membres ont les mêmes droits et obligations ; ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision.

Cette démocratie participative s'exprime à travers des structures qui garantissent aux membres la participation aux prises de décision et la possibilité de contrôler le fonctionnement de leur mutuelle. Dans les mutuelles de grande taille, il faut trouver des mécanismes de présentation des différents groupes qui les composent (géographique, professionnel...).

Une vie démocratique ne se construit pas uniquement sur des règlements. Par conséquent, le fonctionnement d'une mutuelle ne sera réellement démocratique que si les membres prennent leurs responsabilités, dans les différentes instances, en connaissance de cause. La mutuelle doit donc veiller à leur donner, aussi bien, une formation adéquate que des informations claires, complètes et facilement compréhensibles. Sinon, la gestion ne sera pas transparente et les membres ne pourront pas exercer pleinement leurs droits.

□ **Autonomie et liberté dans le respect des lois**

La mutuelle est une organisation libre qui, en conséquence, doit pouvoir prendre des décisions sans demander l'aval des autorités publiques ou toute autre organisation différente. Cette souplesse dans l'action est bénéfique pour les membres car elle permet d'adapter les services offerts à leurs besoins qui

¹ BIT/ACOPAM/ANMC/WSM : les mutuelles de santé en Afrique Manuel de formateur, Genève, février 1997,

évoluent. C'est ce droit à l'initiative qui permet la créativité dans la définition des objectifs et l'efficacité dans l'utilisation des moyens. Ce droit ne peut s'exercer sans la responsabilisation des membres de la mutuelle.

Cependant, cela ne signifie pas que la mutualité ne doit pas être soumise aux lois et règlements comme ceux régissant l'enregistrement, la comptabilité, l'audit, le contrôle.

L'indépendance et l'autonomie signifient qu'il ne doit pas y avoir d'ingérence dans la gestion d'une mutuelle et dans le processus interne de prise de décisions de la part d'une organisation différente.

□ ***Epanouissement de la personne***

Le respect de la dignité de la personne dans toutes ses dimensions, quels que soient son sexe, sa race, son ethnie, son origine sociale, est un autre principe de base de la mutualité. Reconnaissant l'originalité de chacun, la recherche de l'épanouissement de la personne doit aboutir à une plus grande autonomie et responsabilité vis-à-vis de son propre risque et de celui des autres.

□ ***But non lucratif***

Une mutuelle qui, par vocation, a pour ambition de consacrer son action au service de ses membres, ne peut poursuivre un but lucratif. Toute recherche de profit est incompatible avec sa nature. Cependant, cela ne veut pas dire que la couverture des coûts de fonctionnement ne soit pas un impératif absolu. Les considérations économiques et les principes de bonne gestion ne peuvent être négligés, car ils contribuent à la réalisation du bien-être collectif.

Un surplus des recettes sur les dépenses peut, une fois qu'une réserve raisonnable a été constituée, permettre d'améliorer le service existant, de répondre à d'autres besoins des membres ou, éventuellement, de réduire les montants des cotisations.

Ces surplus ne devraient en aucun cas, être redistribués aux membres, sous forme de dividendes ou de trop perçu par exemple.

□ ***Responsabilité dans la gestion et le comportement des membres***

La solidarité, la démocratie participative, l'autonomie, et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la mutuelle et ses membres prennent leurs responsabilités.

Tous les autres principes de la mutualité resteront, finalement, lettre morte si la gestion de la mutuelle n'est pas rigoureuse, d'une part et d'autre part si les membres ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis des statuts et règlement intérieur (non-participation aux réunions statutaires, non-paiement des cotisations etc..), dans l'utilisation des ressources (abus dans les prestations) ou dans les décisions qu'ils prennent dans les différentes assemblées, etc.

□ ***Dynamique d'un mouvement social***

Les membres des mutuelles ne sont pas des « consommateurs » passifs mais des personnes engagées dans un processus de développement individuel et collectif. Ils sont membres d'un mouvement social, c'est-à-dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense des intérêts et du bien commun.

Ce mouvement social peut faire partie d'un ensemble plus large, dont le syndicat, le mouvement féminin, le mouvement des jeunes ou de personnes âgées par exemple seraient les autres composantes. Il est souhaitable qu'il collabore avec d'autres organisations pour atteindre ses objectifs.

4. Champs d'application et Services offerts

a) Maladie

Les services offerts concernent la prise en charge partielle ou totale de :

- ***Santé préventive et promotionnelle*** : consultation pré et postnatale, suivi des nourrissons sains, vaccination, planification familiale, éducation à la santé, assainissement, etc.
- ***Soins curatifs*** : consultations, soins infirmiers, médicaments, analyse de laboratoire, maladies chroniques, malnutrition et récupération nutritionnelle, etc.
- ***Soins hospitaliers*** : Hébergement, actes médicaux, chirurgicaux, techniques et médicaments
- ***Soins spécialisés*** : consultation de médecins spécialistes, actes médicaux techniques tels que radiologie, biologie clinique, soins dentaires et ophtalmologiques, etc.
- ***Transport des malades*** : Evacuation, Référence

b) Retraite / Invalidité/ Décès/ Réforme

Cette prestation peut consister à l'octroi de :

- Capital de départ à la retraite
- Capital décès
- Prime d'invalidité
- Prime de réforme
- Allocation de reconversion

Ces montants peuvent être octroyés sous forme de capital unique ou répartis dans le temps en fonction du choix des bénéficiaires et des dispositions des textes qui les régissent.

c) Œuvres Sociales

- Crèches / Jardin d'enfants
- Infrastructures scolaires et socio culturelles
- Infrastructures socio sanitaires
- Centres spécialisés pour des catégories d'inadaptations

Les champs d'application et les services offerts varient en fonction des réalités et des moments selon chaque communauté. La décision de tout choix doit être précédée d'une étude de faisabilité économique et sociale.

II- ENVIRONNEMENT LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

II – ENVIRONNEMENT LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

L'environnement législatif et réglementaire de la mutualité est constitué de (5) cinq textes présentement.

Le point de départ du processus a été la promulgation le 21 février 1996 de la loi N°96 – 022 régissant la Mutualité en République du Mali.

Elle fut suivie le 2 mai de la même année par deux textes d'application : le décret N° 96 – 136/ P-RM fixant les conditions de placement et de dépôt des Fonds des Mutuelles et le décret N°96 – 137 PRM établissant les statuts – types des Mutuelles, des Unions, et Fédérations de Mutuelles.

Cet environnement s'est enrichi le 02 août 1997 par l'arrêté interministériel N° 97 – 0477/MSSPA/MATS - SG déterminant les procédures d'agrément des Mutuelles et plus tard le 19 août 2002 par l'arrêté N° 02 – 1742/MDSSPA - SG portant sur le mécanisme de contrôle administratif et financier des Mutuelles et Organisations Mutualistes.

1. La loi 96 022 du 21 février 1996 régissant la mutualité en république du Mali

Elle comporte 4 titres :

- Le premier titre traite des dispositions générales notamment la définition des mutuelles, leurs domaines d'intervention.
- Le titre II s'intéresse aux règles générales de fonctionnement des mutuelles à travers les droits et obligations des membres, le contenu des statuts d'une mutuelle et énonce le décret établissant les statuts-types des mutuelles. Ce titre donne aussi, les informations sur l'obligation d'avoir un récépissé et l'approbation du ministère de tutelle avant qu'une mutuelle ne commence à fonctionner. Les délais requis pour donner une suite à la demande d'approbation et les motifs de refus d'approbation sont précisés. Enfin le titre II précise les informations sur les conditions de constitution et de fonctionnement des unions et fédérations de mutuelles, ainsi que celles relatives à la fusion, scission, dissolution et liquidation des mutuelles.
- Le titre III porte sur l'administration, la gestion et le contrôle des mutuelles par leurs différents instances et organes à savoir l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration et la Commission de Contrôle. Les ressources et les dispositions financières des mutuelles sont également évoquées dans ce titre. Il énonce le texte d'application sur le dépôt et le placement des fonds des mutuelles et précise les possibilités d'intervention de l'autorité de tutelle en cas de défaillance caractérisée dans la gestion d'une structure mutualiste.

- Le quatrième titre aborde les dispositions pénales qui précisent, les sanctions prévues en cas de violation des dispositions de la loi.

2. Le décret 96-136 du 2 mai 1996, fixant les conditions de placement et de dépôt des fonds des mutuelles.

L'esprit de ce décret est de mettre en place des dispositifs permettant la sécurisation des fonds des mutuelles. Il tente de répondre aux soucis de permettre aux mutuelles de rentabiliser leurs ressources sans que cela ne soit préjudiciable à la fourniture des prestations. Il précise pour ce faire, les formes et les conditions de dépôt et de placement des fonds. Ces conditions prennent en compte le souci de la non lucrativité des organisations mutualistes.

3. Le décret 96-137 du 2 mai 1996, établissant les statuts – types des mutuelles, unions et Fédérations de mutuelles.

Comme l'indique l'article 2 de ce décret, l'ensemble des dispositions des statuts-types a un caractère obligatoire. Ceci implique que les statuts de chaque mutuelle doivent comporter obligatoirement les 68 articles prévus par les statuts -types. Dans le processus d'élaboration des statuts, la mutuelle remplit les espaces vides prévus (en pointillés) en conservant telles les dispositions déjà existantes.

Ce décret concerne les statuts - types des mutuelles, unions et fédérations de mutuelles. Son annexe (statuts-types) comporte cinq titres :

- Le titre I traite des dispositions générales à travers les chapitres sur la formation et l'objet de la mutuelle et les conditions d'admission, de démission, de radiation et d'exclusion.
- Le titre II porte sur l'administration de la mutuelle et donne des précisions sur les attributions des différents organes à savoir l'assemblée générale, le Conseil d'Administration et la Commission de Contrôle.
- Le titre III porte sur l'organisation financière de la mutuelle à travers les informations sur les recettes et dépenses et le mode de placement et de retrait des fonds.
- Le titre IV traite des obligations de la mutuelle et de ses adhérents.
- Le titre V aborde les règlements d'application, les modifications des statuts, l'union, la fusion, la dissolution et la liquidation des mutuelles.

4. L'Arrêté inter ministériel 97-0477MSSPA- MATS-SG du 2 avril 1997 déterminant les procédures d'agrément des mutuelles.

En 5 articles, il précise les procédures d'agrément des mutuelles. Il donne la définition et les éléments constitutifs de la déclaration d'intention ainsi que les informations à vérifier par la tutelle dans le cadre de l'enquête préliminaire. Enfin, il cite les étapes et les pièces que doit comporter le dossier de demande d'agrément adressé au ministre chargé de la tutelle de la mutualité de même celui permettant l'obtention du récépissé auprès de l'administration.

5. L'Arrêté n°02-1742 MDSSPA-SG du 19 août 2002 portant mécanismes de contrôle administratif et financier des mutuelles et organisations mutualistes.

Il détermine les niveaux et les responsables des contrôles devant s'opérer auprès des mutuelles dans le cadre de l'exercice de la tutelle. Ces contrôles qui ont pour but d'assurer la conformité légale des mutuelles ainsi que leur bon fonctionnement s'effectuent à priori et à posteriori. Ils permettent à la tutelle de suivre l'évolution du mouvement et de déceler à temps les dysfonctionnements qui interviendraient dans les activités des mutuelles afin que des solutions y soient trouvées.

III- PROCESSUS DE MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE

III – PROCESSUS DE MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE

L'initiative de la mise en place d'une mutuelle qu'elle émane d'une communauté ou suscitée par un organisme externe doit avoir comme préoccupation l'appropriation du projet de création de la mutuelle par les bénéficiaires.

La mise en place d'une mutuelle passe par certaines étapes dont les principales sont :

Etape 1 : Mise en place du groupe de "promoteurs"

La mise en place de ce groupe permet d'engager les communautés dans la maîtrise des activités qui conduiront à la création de la mutuelle. Ce groupe émanant de la communauté doit être restreint.

Les membres du groupe de travail devront :

- participer aux études préparatoires ;
- restituer les résultats de leurs travaux à la population cible et assurer une animation et une sensibilisation continues ;
- recueillir les avis des adhérents potentiels et faciliter le processus de décision collective quant au choix à opérer ;
- élaborer les projets de statuts et règlement intérieur.

N.B. Pour accomplir efficacement les tâches qui leur sont assignées, il est souhaitable que les membres du groupe de travail disposent d'un certain niveau de scolarisation mais aussi de la confiance de la population. Ils doivent également recevoir une première formation afin d'acquérir les connaissances de base quant aux principes et modalités de fonctionnement d'une mutuelle.

Etape 2 : Information et Sensibilisation de la Population

Cette étape repose sur l'organisation de séances de sensibilisation et d'animation avec, notamment :

1. La Population Cible

- ***Les associations locales*** : Une attention particulière doit être accordée aux groupes déjà organisés (associations féminines, tontines et autres groupements ayant des caisses d'entraide...).
- ***Les autorités locales : traditionnelles, administratives et religieuses***

L'objectif de ce contact est d'engager les autorités dans le processus de mobilisation des populations en vue de la création de la mutuelle. Il s'agit par cette activité de sensibilisation d'amener les autorités à aider les populations à prendre conscience de leurs besoins et de percevoir la mutualité comme solution.

La sensibilisation est une activité transversale dans le cadre du processus de mise en place de la mutuelle, à ce titre, elle intervient à toutes les étapes.

N.B. La finalité de cette étape est d'amener les futurs bénéficiaires à une prise de conscience et de décision de mettre en place une mutuelle.

Etape 3 : Etude approfondie du contexte

□ Analyse du contexte

Il importe de bien connaître le contexte dans lequel la mutuelle va œuvrer. Cette connaissance concernera plusieurs aspects parmi lesquels nous retiendrons essentiellement :

- *Les aspects démographiques*
- *Les aspects sanitaires*
- *Les aspects socio-économiques et culturels*
- *Les aspects physiques du milieu*
- *Le Cadre macro-économique*
- *L'Analyse du cadre législatif*

□ Vérification des conditions préalables :

Les conditions préalables à la mise en place de la mutuelle sont principalement l'existence :

- *De liens de solidarité entre les adhérents :*

Ces liens constituent le fondement de la mutuelle. Sans une réelle volonté de solidarité face à un risque commun, les adhérents sont peu enclin à s'impliquer activement dans la création et le fonctionnement de la mutuelle.

- *De besoins prioritaires de protection face au risque*

Les adhérents ne seront réellement motivés que si le coût financier du risque est perçu comme l'un des plus importants auxquels ils sont confrontés ;

- *De services de qualité dans un environnement proche des populations cibles.*

Il importe que les problèmes rencontrés par les populations soient plus liés à l'accessibilité financière aux services qu'à leur éloignement ou à l'insuffisance de leur qualité etc.

Pour une mutuelle de santé par exemple, Il n'est pas conseillé dès le démarrage de mettre en place sa propre structure sanitaire. Cela est un projet assez lourd qui peut ne pas être facile à réaliser.

Il est cependant nécessaire d'avoir une structure de santé dont l'accessibilité géographique est favorable à une offre de services de qualité et compatible avec les capacités de la mutuelle.

- ***D'une confiance entre les adhérents et les promoteurs de la mutuelle***

C'est un facteur déterminant, surtout si la population cible a connu auparavant des échecs dans des expériences similaires.

- ***D'une dynamique de développement économique.***

Elle favorise la mise en place de la mutuelle. Les activités économiques procurent aux populations les ressources nécessaires qui facilitent le paiement des cotisations à la mutuelle.

Etape 4 : Etude de Faisabilité Economique et Sociale : Définition de la Formule mutualiste

Les informations collectées à l'étape de l'étude du contexte sont analysées afin de définir la formule mutualiste la plus adaptée aux besoins mais également aux habitudes et au contexte de la population cible.

Le travail d'analyse est réalisé par le groupe de travail avec l'appui éventuel d'intervenants extérieurs. Il est cependant nécessaire de partager régulièrement cette analyse avec la population cible par le biais de réunions d'information, afin de :

- Recueillir les opinions de l'ensemble des bénéficiaires potentiels ;
- Avoir une meilleure connaissance des perceptions que la population a de sa situation financière et de ses difficultés etc.
- Impliquer directement les futurs adhérents dans le montage des différents scénarii qui découleront de cette analyse. Cette implication facilitera la prise de décision lors de l'Assemblée Générale Constitutive.

Les choix à opérer avant que la mutuelle ne démarre ses activités portent sur :

- Les risques à couvrir, les prestations à offrir et les cotisations correspondantes ;
- Les prestataires avec lesquels la mutuelle établira des conventions ;
- L'organisation interne de la mutuelle ;
- Les modalités pratiques de fonctionnement.

Au cours de cette étape seront également élaborés un programme d'action et un budget prévisionnel, lequel va traduire en termes financiers l'ensemble des choix à réaliser.

* Note sur l'étude de faisabilité :

Définition

C'est une étude du contexte social, économique et sanitaire d'une future mutuelle en vue de définir les prestations que la mutuelle couvrira. Cette étude déterminera aussi, le taux et les modalités des cotisations et les modes de remboursement. Elle renseigne sur la viabilité à moyen terme.²

L'étude de faisabilité économique et sociale de la mutuelle est une des pièces indispensables pour l'obtention de l'approbation par le Ministère chargé de la tutelle.³

L'étude de faisabilité a pour objectifs essentiels de :

- Identifier les atouts et les contraintes de l'environnement de la mutuelle, de servir de cadre de référence de toutes les actions de la mutuelle.
- Faciliter la prise de décisions aux promoteurs, en ce qui concerne le choix des prestations (y compris l'utilisation du système du ticket modérateur à payer par les bénéficiaires pour éviter la surconsommation pour les mutuelles de santé).
- Permettre à la tutelle et aux promoteurs de juger de la viabilité du projet de création de la mutuelle à court, à moyen voire à long terme et enfin faciliter l'appréciation de la tutelle et la délivrance de l'agrément.

Son objectif n'est pas seulement l'obtention d'un agrément, mais, également, il sert de cadre de planification permettant à la mutuelle de mieux suivre et coordonner son évolution dans le temps.

Un canevas élaboré par la tutelle et le mouvement mutualiste donne des détails sur les éléments essentiels à prendre en compte dans la réalisation de l'étude de faisabilité. Il est disponible au niveau de chaque service du développement social et de l'Economie Solidaire de cercle. Il est annexé au présent guide.

Un dossier d'étude de faisabilité ne saurait permettre d'obtenir l'agrément lorsque les recettes ne couvrent pas les dépenses.

Etape 5 : Elaboration des projets de textes (Statuts et règlement intérieur)

* Elaboration d'un projet de statuts

Les règles de fonctionnement des mutuelles sont définies par les statuts qui déterminent les droits et devoirs des membres et des responsables. Ces statuts fixent les modalités garantissant un fonctionnement démocratique et solidaire de la mutuelle (divers organes de gestion à créer, leur composition, leurs compétences, etc.).

² **DNAS-UTM-OMS**. *Plan de réalisation d'une étude de faisabilité sociale et économique d'une mutuelle de santé*. Avril 2000., Bamako, 2000.

³ **Arrêté interministériel N°97 0477 MSSPA/MATS-SG** *Déterminant les procédures d'agrément des mutuelles*. Bamako, 2/4/97

Les statuts doivent notamment mentionner :

- Le siège social ;
- L'objet 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 numérique 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 du droit pour les membres participants de se faire représenter ;
- Les obligations et les droits des membres participants ou de leurs familles ;
- Les modes de placement ou de retrait des fonds ;
- Les modes de représentation des délégués des unions ou fédérations de mutuelle en assemblée générale ;
- Les conditions de la dissolution volontaire de la mutuelle ou de sa liquidation.

*** Elaboration d'un projet de règlement intérieur**

Un certain nombre de dispositions concernant le fonctionnement pratique de la mutuelle mais ne figurant pas dans les statuts seront définies dans le règlement intérieur. Il s'agit, le plus souvent :

- des modalités pratiques comme celles relatives aux documents à fournir lorsque le membre s'inscrit pour la première fois ;
- du contenu des cartes de membre ;
- des conditions requises pour être considéré comme faisant partie de la famille du membre ;
- des dispositions à prendre en cas de disparition d'un membre. etc.

Le règlement intérieur doit donner également tous les détails permettant de mieux décrire les mécanismes d'offre de prestations au profit des adhérents.

Aucune disposition du règlement intérieur ne doit être contraire aux dispositions des statuts.

NB. Une fois approuvés par l'Assemblée Générale Constitutive, les statuts et le règlement intérieur constituent un contrat collectif entre la mutuelle et ses membres.

Etant donné le caractère souvent peu accessible des textes réglementaires, il peut être important de fournir également à tous les membres de l'Assemblée Générale Constitutive, une version simplifiée des projets de statuts, adaptée à leur niveau de compréhension. C'est, du reste, une exigence de la démocratie participative.

Etape 6 : Constitution de la mutuelle

La dernière étape du processus de création de la mutuelle est sa constitution qui a lieu au cours d'une assemblée générale constitutive dont l'organisation et le déroulement sont décrits ci-dessous.

*** But de l'Assemblée générale constitutive (AGC)**

Le but de cette assemblée est, comme son nom l'indique, de procéder officiellement à la création de la mutuelle afin de préparer sa reconnaissance juridique. Elle devra en approuver les statuts et le règlement intérieur, conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur et adopter le 1^{er} budget et le taux des cotisations.

Elle devra, également, mettre en place les divers organes chargés d'assurer le fonctionnement de la mutuelle. C'est pourquoi elle élira les membres du conseil d'administration et de la Commission de Contrôle, etc.

*** Préparatifs de l'Assemblée générale constitutive (AGC)**

En plus de l'élaboration des projets de textes (statuts et règlement intérieur) les autres activités préparatoires de l'Assemblée Générale Constitutive (AGC) sont :

- l'élaboration d'un premier budget,
- l'établissement de l'ordre du jour,
- La convocation de l'AGC.

Etablissement de l'ordre du jour de l'AGC

L'ordre du jour comprendra au moins les points suivants :

1. La lecture et l'adoption des projets de statuts et règlement intérieur,
2. L'élection des membres du Conseil d'Administration et de la Commission de Contrôle,
3. L'adoption du 1^{er} budget et de la première cotisation,
4. Divers.

Convocation de l'AGC

Les initiateurs du projet convoqueront à l'AGC les personnes qui souhaitent faire immédiatement partie de la mutuelle. Dans le cas où la mutuelle devrait couvrir, dès le début une zone géographique importante, les initiateurs convoqueront les représentants des différentes localités (ou structures locales selon le cas).

*** Déroulement de l'Assemblée Générale Constitutive (AGC)**

L'Assemblée choisira, en son sein, un présidium dont la tâche sera, essentiellement, de veiller au bon déroulement des débats et des élections ainsi que d'établir le procès-verbal de réunion.

Le président de séance présentera le projet d'ordre du jour qui sera adopté, éventuellement, après des modifications. Les différents points feront l'objet d'une présentation et d'une discussion avant le vote.

L'Assemblée fixera une date limite de paiement des frais d'adhésion et de la première cotisation. Seront membres fondateurs, les participants à l'AGC qui auront approuvé les conclusions, adopté les textes et respecté les engagements subséquents dans les délais prescrits par ladite assemblée générale.

Procès-verbal de l'Assemblée Générale Constitutive (AGC)

Le présidium de l'AGC établira, immédiatement, un procès-verbal de la réunion, reprenant le nom des personnes présentes, la date et le lieu de création de la mutuelle, le nom et qualité des différents responsables, une description du déroulement de la réunion. Le procès-verbal sera soumis aux membres pour adoption lors de l'Assemblée générale suivante.

Les différents documents seront adressés aux autorités administratives pour enregistrement, conformément à la réglementation en vigueur.

Etape 7 : Recherche de reconnaissance officielle

Il s'agit à cette étape pour les membres nouvellement élus au sein du Conseil d'Administration d'engager les démarches administratives nécessaires pour l'obtention du récépissé et de l'agrément. Il faut rappeler que la loi 96 022 du 21 février 1996 régissant la mutualité en république du Mali stipule qu'aucune mutuelle ne peut fonctionner avant :

- L'obtention du récépissé délivré par l'autorité administrative de son siège ;
- L'approbation du Ministre de tutelle.

Il est donc impératif pour les responsables de la mutuelle de donner la priorité à l'obtention de ces deux pièces.

Etape 8 : Adhésion à une mutuelle

*** Qualité de membre :**

Toute personne ayant atteint l'âge requis (fixé par l'assemblée générale) s'engageant à respecter les statuts et le règlement intérieur, peut faire une demande d'adhésion pour devenir membre de la mutuelle et ainsi prendre part à la vie associative et bénéficier des services offerts à titre de titulaire.

Les autres bénéficiaires des services de la mutuelle, qui n'en sont pas membres, sont des personnes à la charge du titulaire. Les personnes à charge peuvent être le conjoint, les enfants, les orphelins ou enfants sous tutelle du membre selon les règles définies dans les statuts et le règlement intérieur. La détermination des personnes à charge, bénéficiaires de la mutuelle, doit prendre en compte les us et coutumes du milieu mais aussi les exigences financières de l'organisation.

*** Droit d'adhésion**

Chaque nouveau membre doit remplir les formalités d'adhésion avant de se faire établir une carte ou un carnet de membre. Le droit d'adhésion est payé lorsque l'inscription est acceptée ; il est parfois remplacé par la vente de la carte ou du carnet de membre.

*** Cotisation**

La cotisation peut prendre plusieurs formes : soit chaque bénéficiaire (titulaire ou personne à charge) paie la même cotisation, soit les cotisations payées par les personnes à charge sont inférieures à celles des titulaires, soit enfin seul le titulaire paie une cotisation (avec possibilité d'application de deux taux : avec ou sans personne à charge).

*** Période d'observation**

Une période d'observation, appelée aussi période d'attente ou de stage, est souvent instituée pour éviter que les personnes ne s'inscrivent qu'au moment où elles sont dans le besoin. Durant cette période, le nouveau membre paie ses cotisations mais n'a pas droit aux services (prestations) offerts par la mutuelle.

*** Droits et Devoirs**

Les droits et devoirs des membres sont fixés par les statuts et le règlement intérieur. Ils donnent aux membres une responsabilité dans la gestion de la mutuelle et fixent leurs obligations tant dans l'utilisation des services que vis-à-vis de la vie démocratique de l'organisation.

*** Sanctions**

Les sanctions à appliquer pour le non-respect des statuts et règlement intérieur doivent être prévues par ces derniers. Par ailleurs, l'action bénévole reste la base de la démocratie dans l'organisation et constitue une expression concrète de la solidarité mutualiste.

IV- ORGANISATION ET STRUCTURATION DES MUTUELLES ET GROUPEMENTS DE MUTUELLES

IV – ORGANISATION ET STRUCTURATION DES MUTUELLES ET GROUPEMENTS DE MUTUELLES

1. Organisation de la mutuelle et des groupements de mutuelles

Les mutuelles selon le contexte peuvent être locales, nationales, professionnelles, interprofessionnelles etc. Quelque soit sa taille les instances et organes de la mutuelle sont : l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration, la Commission de Contrôle.

La participation à la vie de la mutuelle se fait par un système de délégation pour les mutuelles nationales. Elles sont généralement organisées en sections.

Une définition précise des compétences et des responsabilités des différents organes de la mutuelle est indispensable à un fonctionnement efficace.

L'organisation de la mutuelle doit déterminer avec précision la place de chacun d'eux c'est à dire définir les fonctions, répartir les responsabilités et attribuer l'autorité.

a) Les différentes instances et organes de la mutuelle :

- Assemblée Générale,
- Conseil d'Administration,
- Commission de Contrôle

b) Les principales responsabilités des instances et organes

b1. L'Assemblée Générale :

- Définit la mission de la mutuelle et formule sa politique générale ;
- Approuve et modifie les statuts ;
- Examine et approuve les rapports d'activités des divers organes, y compris la Commission de Contrôle;
- Examine et approuve les comptes annuels et le budget;
- Fixe le montant des cotisations et de toute contribution spéciale;
- Elit les membres du conseil d'administration;
- Elit les membres de la commission de contrôle;
- Décide des nouvelles orientations de la mutuelle;
- Décide de la fusion avec une autre mutuelle, de la dissolution de la mutuelle ;
- Décide de l'admission et de l'exclusion des membres (dans les mutuelles de taille réduite ou dans celles où les cotisations sont annuelles) ;
- Décide dans toutes les matières prévues par les statuts de la mutuelle;

b2. Le conseil d'administration doit :

- Veiller au respect des statuts en vue d'atteindre les objectifs de la mutuelle ;
- Proposer l'admission et l'exclusion des membres et appliquer le cas échéant les sanctions disciplinaires prévues ;
- Etablir les comptes annuels et le budget pour l'exercice suivant ;

- Coordonner le travail des divers comités ;
- Etablir annuellement le rapport d'activités de l'ensemble de la mutuelle ;
- Représenter la mutuelle dans ses rapports avec les tiers et établir des relations avec d'autres associations, plus spécialement avec d'autres mouvements sociaux également basés sur la solidarité ;
- Signer les accords et conventions notamment avec les prestataires de soins ;
- Fixer la rémunération du personnel ;
- Engager le directeur ou le gérant (s'il est salarié et non élu) ;
- Remplir toutes les autres missions qui lui sont attribuées par les statuts ou par l'assemblée générale.

NB. Le Conseil d'Administration peut sous sa responsabilité recruter le personnel salarié chargé de l'exécution des activités courantes. Ce personnel constitue généralement la direction ou la permanence.

❖ Attributions de certains membres du Conseil d'Administration de la mutuelle

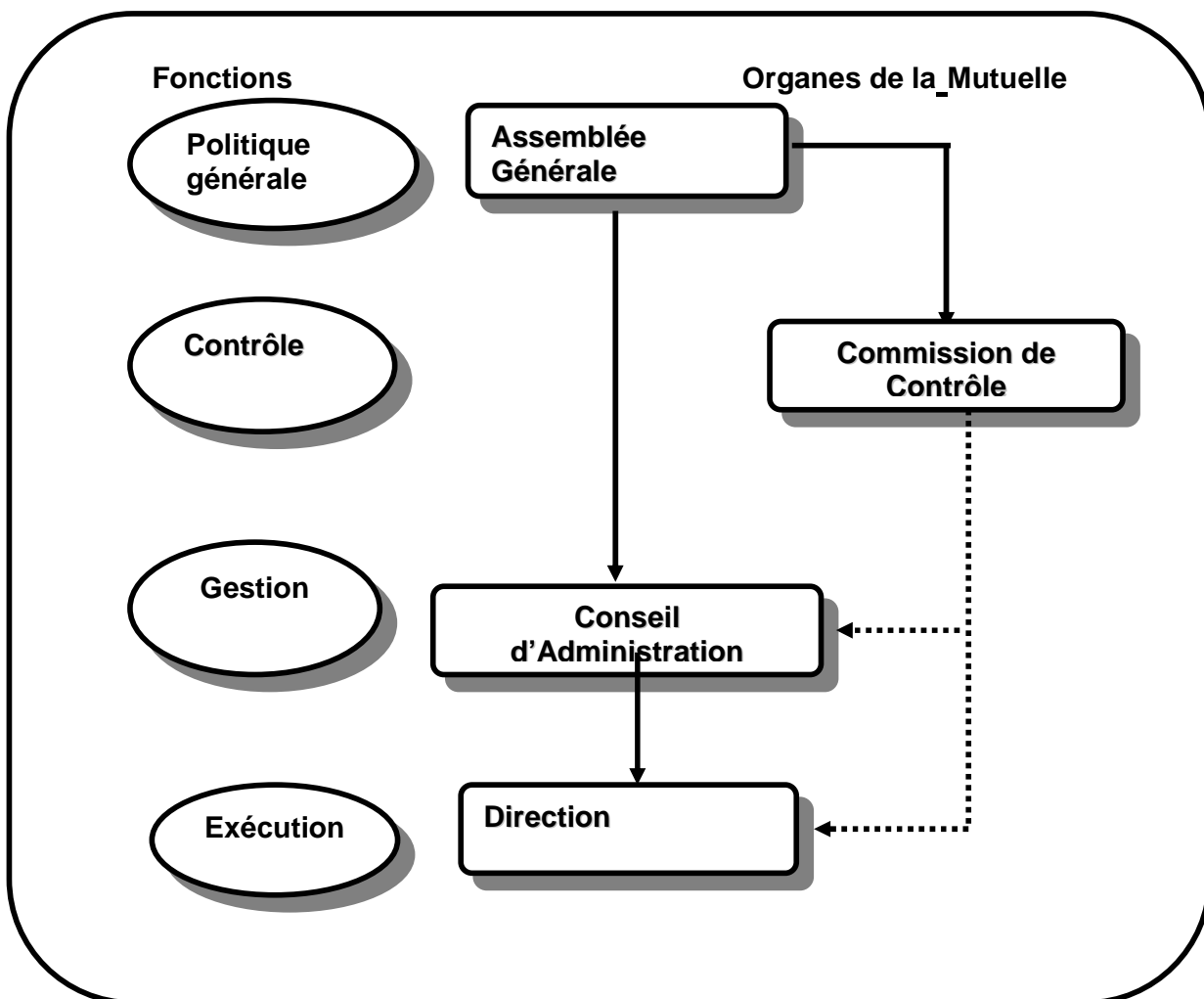
Titre	Fonctions ou rôles
Président	<ul style="list-style-type: none"> • coordonne les activités de la mutuelle ; • préside les réunions du Conseil d'Administration ; • dirige l'équipe de permanents ; • ordonne les dépenses ; • fixe l'ordre du jour des réunions.
Secrétaire Général	<ul style="list-style-type: none"> • dirige l'administration de la mutuelle ; • propose l'ordre du jour et dresse les PV des réunions ; • assure la correspondance de la mutuelle ; • détient les documents.
Secrétaire Général Adjoint	<ul style="list-style-type: none"> • seconde le Secrétaire Général et le remplace en cas d'empêchement ou d'absence dans ses fonctions.
Trésorier	<ul style="list-style-type: none"> • gère les fonds de la mutuelle ; • détient les pièces comptables ; • établit les rapports financiers ; • s'occupe des recouvrements ; • exécute les dépenses et contresigne les chèques ; • veille au respect des budgets ;
Trésorier Adjoint	<ul style="list-style-type: none"> • seconde le Trésorier et le remplace en cas d'empêchement ou d'absence dans ses fonctions.

Cette énumération qui constitue en général l'ossature d'un Conseil d'Administration n'est pas exhaustive.

b3. Commission de Contrôle doit :

- Garantir que les actes des organes de la mutuelle sont conformes à ses statuts et règlement intérieur et ne sont pas contraires aux lois et règlements en vigueur dans le pays ;
- Contrôler l'exactitude de la comptabilité et la régularité des opérations financières ;
- Contrôler l'exécution des décisions de l'assemblée générale ;
- Attirer l'attention des organes responsables sur les irrégularités qui auraient été commises ;
- Veiller au respect du règlement intérieur de la mutuelle ;
- Recueillir les plaintes des membres concernant les services offerts et en référer à l'organe ou à la personne compétente pour y remédier ;
- Requérir la personne ou l'organe compétent pour effectuer une tâche non ou mal accomplie et lui enjoindre d'appliquer les procédures requises ;
- Examiner et décider de l'éligibilité des membres participants à l'assemblée générale ;
- Exercer toutes les fonctions qui lui sont assignées par les statuts et le règlement intérieur.

c) Organigramme type d'une mutuelle



2. Structuration des mutuelles et des groupements de mutuelles

Les différents échelons

Selon la dimension et la zone d'activité de la mutuelle, sa structure comprendra un, deux, ou trois échelons.

Une mutuelle située au niveau d'un village ou d'un quartier aura son assemblée à laquelle tous les membres pourront participer afin de prendre effectivement part à la vie de l'association mutualiste. Cette assemblée aura le plus souvent la possibilité de se réunir régulièrement et plusieurs fois par an pour suivre le développement de la mutuelle.

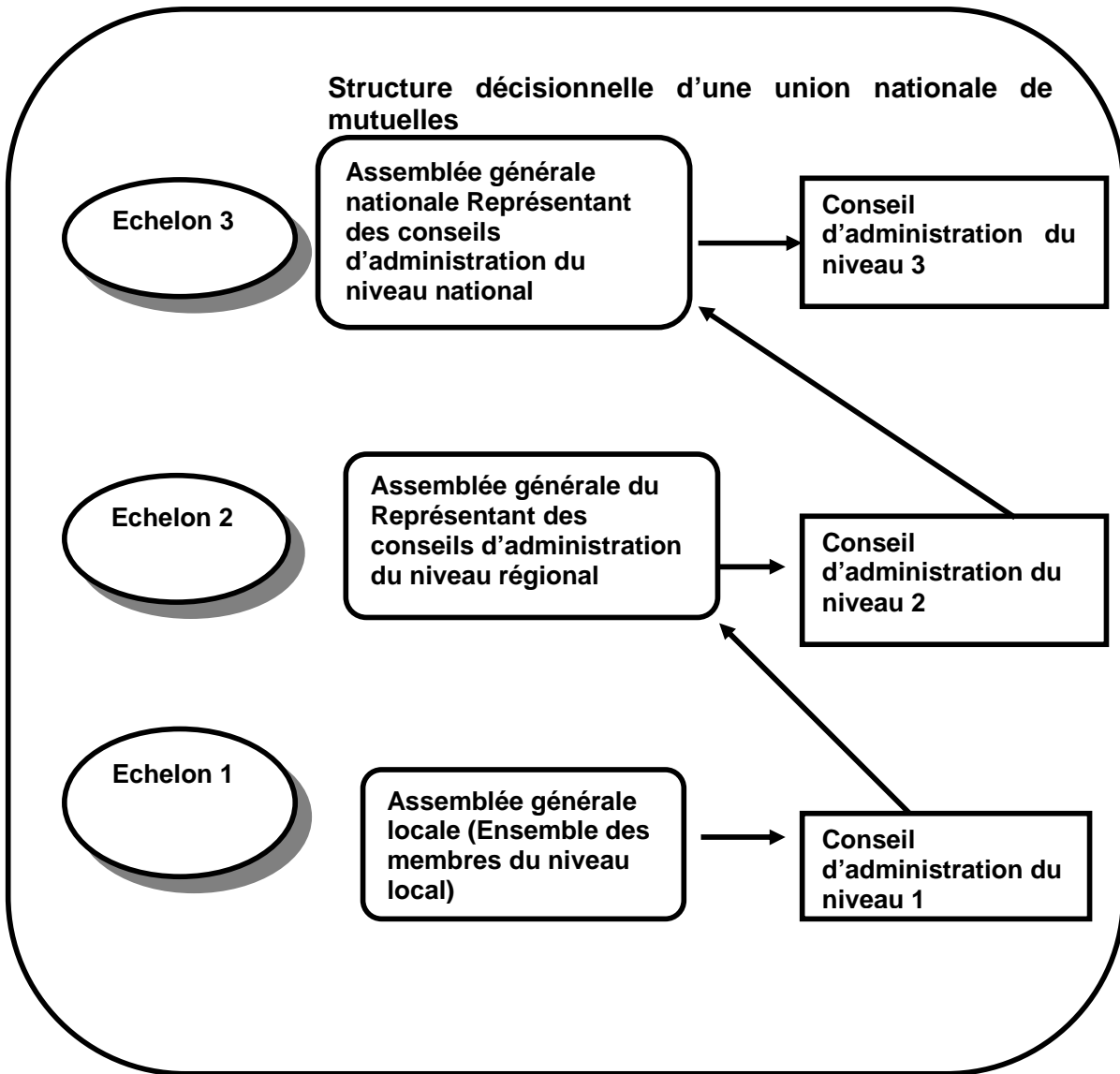
Si l'organisation mutualiste s'étend sur tout ou partie d'une commune couvrant plusieurs villages ou quartiers, les sections locales (des villages, etc.) seront réunies en une mutuelle. Si l'extension géographique de la mutuelle a des avantages (répartition des risques sur un plus grand nombre d'individu, économies d'échelle au niveau administratif, etc.) elle peut constituer un frein pour la participation directe des mutualistes à la vie de leur organisation.

En effet, il pourrait résulter pour les membres des sections locales une exclusion des organes de décisions. Afin que la mutuelle reste démocratique et que les membres des villages puissent faire valoir leurs points de vue, des membres du conseil d'administration local représenteront les membres de l'assemblée générale de la commune qui élira à son tour son conseil d'administration car il ne lui sera pas possible de se réunir régulièrement plusieurs fois par an.

Si la mutuelle s'étend sur plusieurs communes, chaque commune sera représentée au niveau supérieur par des membres de son conseil d'administration (même schéma que le passage du niveau local au niveau de la commune).

En fonction de son champ d'action une mutuelle peut être nationale, régionale, sub-régionale. Pour les mutuelles qui s'étendent sur des niveaux différents la structure décisionnelle est pyramidale et basée sur une élection des représentants à tous les niveaux.

a) Structure décisionnelle d'une mutuelle



- **Les regroupements de mutuelles**

Conformément à la loi, il existe deux types de regroupement des mutuelles. Il s'agit des Unions de mutuelles et des Fédérations.

Une union de par sa nature est généralement technique. En effet, la loi 96 022 régissant la mutualité en république du Mali stipule en son article 14 que 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 ladite loi ou des services de réassurance communs à l'ensemble des mutuelles adhérentes.

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

La fédération par contre a une mission plus militante et regroupe en général les unions de mutuelles. Elle a surtout un rôle de représentation de ses membres.

Les structures de la mutuelle doivent être conformes aux principes fondamentaux de la mutualité. Les principes de participation, de démocratie ne seront respectés que si la structure de la mutuelle est décentralisée. Pour ce faire, chaque membre doit pouvoir faire entendre sa voix lors des assemblées générales.

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. Les unions de mutuelles et les fédérations sont régies par les mêmes dispositions que les mutuelles.

V- ELEMENTS DE GESTION D'UNE MUTUELLE

V - ELEMENTS DE GESTION D'UNE MUTUELLE

Une fois l'agrément obtenu la mutuelle peut commencer ses activités. Elle devra se doter d'outils et de procédures lui permettant de mieux fonctionner dans un esprit de transparence. Ces outils constituent les éléments de gestion administrative et financière.

1. La gestion administrative :

La gestion administrative concerne selon l'importance et la taille de la mutuelle les aspects suivants :

- Le courrier
- Les réunions
- Le suivi des textes (statuts et règlement intérieur)
- Le conventionnement

a) Le courrier

Il est important pour la mutuelle de mettre en place les éléments lui permettant de suivre ses relations avec l'ensemble des partenaires. A ce titre la mutuelle doit avoir un système de traitement de ses correspondances.

b) Les Réunions

La tenue des réunions est la base de toutes les activités de la mutuelle. Les réunions statutaires des organes et instances (Assemblées Générales, réunions du Conseil d'Administration ou de la Commission de contrôle) doivent être tenues régulièrement et assorties de procès verbaux. Les réunions extraordinaires se tiendront chaque fois que les conditions l'exigent et des PV doivent être rédigés en leur occasion.

Les réunions doivent être préparées et les participants avisés conformément aux dispositions statutaires. Le bon fonctionnement d'une mutuelle se mesure à la tenue de ses réunions réglementaires. La mutuelle doit mettre en place un système de classement des procès verbaux des réunions.

c) Le conventionnement

Pour permettre à ses adhérents d'être pris en charge la mutuelle peut signer des conventions avec les prestataires notamment de soins.

Ces conventions sont des accords conclus entre les prestataires et les mutuelles, comprenant la définition des services couverts, les tarifs à appliquer, les montants et les modalités de remboursements, les modes d'identification des bénéficiaires de la mutuelle, les modes de résiliation du contrat... En somme tous les aspects jugés importants entre les deux parties dans un engagement contractuel doivent y figurer.

d) Le Suivi des textes (Statuts et Règlement Intérieur)

Il est important pour une mutuelle de mettre en place des mécanismes permettant le suivi des statuts et règlement intérieur afin que les meilleures pratiques qui ont lieu en son sein puissent servir de base d'enrichissement des textes de la mutuelle. Ceci paraît capital dans la mesure où à la création de la mutuelle les textes ne peuvent pas prévoir tous les cas de figure possible.

Les changements apportés aux textes doivent être chaque fois portés à la connaissance de la tutelle.

2. La gestion financière de la mutuelle

Cette partie rappelle les principales notions de comptabilité et présente par la suite quelques documents comptables qu'une mutuelle peut mettre en place.

a) Rappel des notions de comptabilité :

□ **Comptabilité :**

La comptabilité est une technique de mesure et d'enregistrement de l'activité économique d'une personne, d'une collectivité, d'une nation.

La comptabilité d'une Mutuelle est l'ensemble des techniques de mesures d'enregistrement de ses activités selon les règles comptables en vigueur.

De ce fait, elle est une mémoire de la Mutuelle et enregistre toutes ses opérations réalisées une par une. A ce titre, la comptabilité se doit de donner une image fidèle de son patrimoine et de sa situation financière. Elle doit être régulière et sincère c'est à dire honnête.

□ **Un système comptable :**

Un système comptable est un ensemble de documents et de procédures comptables et financières servant de cadre de référence dans la conduite des opérations financières de l'organisation.

□ **Un document comptable :**

C'est un support écrit qui peut se présenter sous forme de pièces, de copies comportant des informations ou enregistrements, servant de preuve et de témoignage, sur les activités réalisées.

□ **Recette :**

Une recette est une opération dont l'exécution entraîne un encaissement immédiat ou futur (la cotisation des membres, les dons, les droits d'adhésion etc.)

□ **Produit :**

Un produit est une recette affectée à une période donnée (les cotisations du mois de juin sont des produits de ce mois).

□ **Dépense :**

Une dépense est une opération dont la contraction entraîne un décaissement immédiat ou futur (les frais de prestations, le loyer , le salaire du personnel etc.)

□ **Charge :**

Une charge est une dépense imputée à une période donnée (le salaire pour le personnel durant le mois de juin est une charge pour ce mois)

□ **Immobilisation :**

Une immobilisation est un bien destiné à servir pendant longtemps dans la structure (la durée de vie est d'au moins 1 an)

□ **Amortissement :**

C'est la constatation comptable de la dépréciation de la valeur d'un bien durable due à l'usage et au temps.

□ **Le compte d'exploitation ou de résultat :**

Le compte d'exploitation ou de résultat est un document qui détermine le résultat des activités d'une structure (pertes ou excédents) à travers la comparaison des charges et des produits.

□ **Le Bilan**

Le bilan est un document qui donne à une date donnée la situation des ressources d'une structure (Passif) et l'utilisation de ces ressources (Actif)

b) Les documents comptables d'une mutuelle

Les documents décrits ci dessous constituent des exemples qui peuvent être mis en place dans une mutuelle. Ils constituent des outils permettant de collecter et de conserver des informations indispensables à la gestion d'une mutuelle. Chaque organisation mutualiste peut s'en inspirer pour tracer les documents qu'elle souhaite mettre en place en son sein.

□ **Pièces justificatives :**

Les pièces justificatives qu'on peut rencontrer dans une mutuelle peuvent être des reçus, des pièces de dépenses, des factures.

- **Le reçu**

C'est une pièce qui atteste de l'authenticité des opérations de recette au niveau de la mutuelle. Il doit être remis au mutualiste ou à toute personne qui paie une somme d'argent à la mutuelle notamment les cotisations, les droits d'adhésion etc.

- **La Pièce de dépenses :**

Est une pièce justificative interne propre à la mutuelle. Elle est généralement utilisée pour les dépenses auxquelles il peut être difficile d'obtenir des pièces justificatives externes (transport urbain, petits achats etc.).

- **La facture :**

Est une pièce justificative qui atteste de l'authenticité des dépenses de la mutuelle. Cette pièce est généralement délivrée par les fournisseurs de la mutuelle. Une facture doit comporter l'entête du fournisseur ou la structure émettrice de la facture, la date de l'opération, la désignation, la quantité et le prix unitaire, le nom de la structure bénéficiaire, la signature du fournisseur et une mention « Acquit ».

□ **Le journal :**

Est un registre dans lequel la mutuelle enregistre quotidiennement et de façon chronologique les opérations comptables et financières. Le journal peut être mis en place en fonction du compte ou du type d'opération que la mutuelle veut suivre expressément. Ainsi on peut trouver entre autre, un journal de caisse, un journal de banque, un journal des recettes (produits), un journal des dépenses (charges).

□ **Le journal de caisse :**

Le journal de caisse ou livre de caisse est un document qui enregistre les mouvements des fonds en caisse au niveau de la mutuelle, notamment les entrées et les sorties d'argent de la mutuelle.

Ce document permet à la mutuelle de suivre après chaque opération , le montant disponible en caisse. Par ailleurs, il permet d'effectuer les contrôles à travers la vérification des enregistrements d'une part et la comparaison du solde théorique de la caisse avec le solde physique.

□ **Le journal de Banque:**

Le journal ou livre de Banque est un document qui enregistre les mouvements des fonds en banque au niveau de la mutuelle. Ce document suit aussi bien les fonds de la mutuelle au niveau des banques classiques qu'auprès des différentes caisses d'épargne et de crédit où elle peut déposer ses fonds.

Comme pour le livre de caisse, celui de la banque permet à la mutuelle de connaître la situation de ses ressources en banque après chaque opération et de faire des rapprochements bancaires.

Le suivi du compte bancaire à travers ce document permet à la mutuelle d'éviter de prendre des engagements financiers qu'elle n'a pas les moyens de satisfaire ou de faire des chèques sans provision.

□ **Le journal des recettes :**

Est un document qui enregistre les mouvements concernant les recettes au niveau de la mutuelle. Il permet de suivre les recettes par catégories (droit d'adhésion, cotisation, subventions et autres dons etc.).

La tenue correcte de ce document permet à la mutuelle l'établissement périodique du compte de résultat ou compte d'exploitation.

□ **Le journal des dépenses :**

Le journal des dépenses est un document qui enregistre les mouvements concernant les fonds des dépenses au niveau de la mutuelle. Il permet de suivre les dépenses par catégories (prestations, frais de fonctionnement, loyer, eau , salaire du personnel , acquisition d'immobilisation etc.).

A l'instar du journal des recettes , sa tenue régulière permet l'établissement du compte de résultat ou compte d'exploitation.

N.B. Il peut arriver que pour des raisons d'économie la mutuelle décide de regrouper l'ensemble des journaux ci dessus évoqués en un seul document. Il revêt en ce moment un caractère de grand livre.

□ **Le grand livre :**

Le grand livre ou le registre journal des comptes est un document qui enregistre journallement les différents mouvements de flux entre les comptes de la mutuelle. Il récapitule les opérations concernant l'ensemble des comptes de la mutuelle.

Ce document permet d'avoir la situation de l'ensemble des comptes mais aussi de voir les interrelations entre les différents comptes.

□ **La fiche de stock :**

Est un document de suivi de mouvement de stock qui montre l'état d'inventaire permanent pour chacun des articles en stock. Il donne la situation de chaque article en stock dans la mutuelle après chaque opération d'entrée et de sortie.

Il permet de faire les vérifications à travers la comparaison entre le solde physique et le solde théorique de chaque article.

□ **La fiche d'immobilisation :**

Est un document qui montre l'état d'inventaire permanent des immobilisations ainsi que leur valeur. Il permet pour chaque immobilisation qui est propriété de la mutuelle de connaître :

- La valeur d'acquisition,
- La date d'acquisition,
- Le montant des amortissements annuels ou mensuels,
- La valeur comptable de l'immobilisation à la fin de chaque année.

NB. L'absence d'outils de gestion est un danger

VI- SUIVI ET EVALUATION DES MUTUELLES

VI – SUIVI ET EVALUATION DES MUTUELLES

1. Objet du suivi et de l'évaluation

Il est traditionnellement admis de faire une distinction entre le suivi et l'évaluation. Cette distinction n'est pas toujours claire dans la réalité. Les deux techniques sont en fait liées et complémentaires.

a) Le suivi

Le suivi est une activité continue qui consiste à s'assurer que le programme de la mutuelle se déroule selon les dispositions préalablement fixées ou selon des normes communément acceptées par le mouvement mutualiste.

Le suivi peut être comparé à l'usage de la boussole d'un navigateur en pleine mer. Il permet de garder toujours le cap et, au besoin, d'apporter les actions correctives appropriées.

b) L'évaluation

L'évaluation est une activité périodique. C'est un bilan aussi exhaustif que possible de l'action, fait soit en cours, soit en fin d'exercice.

L'évaluation consiste à apprécier, au plan social et financier, si les objectifs que la mutuelle s'est fixés sont totalement, partiellement ou non atteints. Elle doit chercher les raisons des écarts entre le niveau d'atteinte des objectifs et les prévisions.

L'évaluation donne, de plus, des appréciations sur :

- la mise en œuvre du programme d'activité,
- l'exécution du budget,
- la qualité de la gestion.

L'évaluation peut être une opération interne. Dans ce cas, elle est exécutée par les membres (auto évaluation) et/ou les responsables de la mutuelle. Elle peut aussi être externe. Elle nécessite alors le concours de ressources humaines extérieures.

Les différents intervenants en matière de suivi et d'évaluation des institutions mutualistes sont, suivant les cas et les objectifs recherchés :

- les membres,
- les responsables élus,
- les promoteurs,
- le personnel salarié en particulier les gérants,
- des consultants externes.

2. Indicateurs de suivi et d'évaluation

Caractéristiques des indicateurs de suivi et d'évaluation

Les techniques d'évaluation, qu'il s'agisse d'auto évaluation, d'évaluation interne ou externe ou encore de contrôle de gestion, s'appuient toutes sur une série d'indicateurs. Le recours aux indicateurs soulève une série de questions liées à leur pertinence, leur accessibilité et leur fiabilité.

Les indicateurs doivent être pertinents par rapport à l'objectif ou au critère qu'ils sont sensés mesurer. S'il s'agit d'objectifs quantitatifs (par exemple l'équilibre financier), les indicateurs pertinents sont souvent normalisés (outils de gestion financière). Pour les objectifs sociaux, le choix d'indicateurs pertinents et des systèmes de mesure laisse certainement une plus grande part à la subjectivité et donc à l'interprétation.

L'attention est souvent attirée sur la nécessité de disposer autant que possible d'indicateurs objectivement vérifiables.

L'accessibilité des indicateurs et leur coût doivent également être pris en compte dans le choix des procédures de suivi-évaluation.

Enfin, les indicateurs doivent avoir un degré de fiabilité suffisant. Un résultat d'exploitation établi sur la base d'une comptabilité fautive ou incomplète n'a pas de signification et sera inutilisable.

Il existe plusieurs types d'indicateurs, qui peuvent être classés en trois catégories :

- les **indicateurs institutionnels**, qui traduisent la vitalité du fonctionnement de la mutuelle en tant que mouvement social,
- les **indicateurs d'efficacité** des services, qui permettent d'apprécier les services rendus aux membres par la mutuelle ;
- les **indicateurs financiers**, qui donnent une idée de la santé financière de « l'entreprise » mutualiste.

Tous ces indicateurs considérés isolément ne sont pas très significatifs. Il est nécessaire de disposer d'un ensemble d'indicateurs pour pouvoir se faire une image complète de la mutuelle.

L'interprétation dynamique de ces indicateurs est facilitée dans la mesure où l'on peut établir des comparaisons, soit dans le temps (évolutions, tendances), soit avec d'autres mutuelles (mutuelles « concurrentes », ou opérant dans d'autres régions...).

L'efficacité des indicateurs se trouvent renforcée et leur interprétation facilitée s'ils possèdent deux caractéristiques supplémentaires :

- leur standardisation à l'intérieur d'une profession de façon à en faciliter l'interprétation,
- leur constance dans le temps pour permettre des comparaisons chronologiques.

a) Indicateurs de fonctionnement institutionnel

Les indicateurs institutionnels fournissent des renseignements sur la vitalité de la mutuelle en tant que mouvement social, et sur son impact.

*** Le nombre de membres de la mutuelle :**

Le premier indicateur social est le nombre des membres de la mutuelle. Cet indicateur est important et facile à connaître.

*** Le taux de nouveaux adhérents :**

Ce taux est le rapport de nouveaux adhérents sur le nombre total de membres. Il permet de suivre l'accroissement relatif de la taille de la mutuelle au cours d'une période donnée.

*** Les taux de participation aux réunions**

C'est le rapport entre le nombre de participants et le nombre total de personnes attendues ou taux de présence. On peut le calculer pour les assemblées générales, pour les réunions de conseil d'administration ... Un taux proche de 100% indique une large participation et un degré élevé de motivation.

*** Le taux de participation aux élections :**

Ce taux est un indicateur du fonctionnement démocratique et participatif de la mutuelle.

Il témoigne du degré d'implication des membres dans son fonctionnement. Il permet d'apprécier la légitimité des élus et par delà les décisions prises par les instances et organes.

*** Le taux de pénétration de la population cible :**

Il s'agit du rapport entre le nombre de membres ou de bénéficiaires de la mutuelle appartenant à une entité donnée et l'effectif total de cette dernière. Cette entité peut être une zone géographique, une branche professionnelle, une entreprise, un syndicat...

Le taux de pénétration donne une indication sur la représentativité de la mutuelle et son impact sur la communauté dans laquelle elle évolue.

Cet indicateur peut être décomposé en taux de pénétration féminine, masculine ou par tranches d'âges, afin de préciser la catégorie de population comptant le nombre le plus élevé d'adhésion à la mutuelle ou réciproquement celle qui en compte moins.

b) Indicateurs d'efficacité des services mutualistes :

Evaluer par des indicateurs l'efficacité des services mutualistes n'est pas chose facile. Il est relativement aisé de déterminer le nombre et le volume financier des

services accordés, mais l'appréciation de la qualité de ces services est plus délicate. Les indicateurs sont imparfaits et devront souvent être complétés par des enquêtes de satisfaction à mener auprès des membres.

L'état de bonne santé est difficile à estimer, si ce n'est à l'aide d'indicateurs indirects comme le taux de vaccination ou l'espérance de vie.

L'état de santé n'étant pas vraiment quantifiable, c'est souvent par des indicateurs contraires (dépenses de soins de santé, cas de maladies, cas de malnutrition) qu'on tentera de l'apprécier.

- ***Le taux de fréquentation des formations médicales par les bénéficiaires :***

Un des principaux objectifs de la mutuelle est d'améliorer l'accès de ses membres aux soins de santé. L'évolution de la fréquentation des formations médicales par les bénéficiaires comparée avec celle des autres utilisateurs constitue un indicateur intéressant de la performance de la mutuelle.

Le taux de fréquentation des formations médicales est le rapport entre le nombre de consultations des bénéficiaires auprès des formations médicales et le nombre total de bénéficiaires de la mutuelle pendant une période donnée.

Un taux de fréquentation en augmentation peut signifier une amélioration de l'accessibilité aux soins, mais aussi, selon les circonstances, une surconsommation, l'apparition d'une épidémie, des soins de mauvaise qualité...

- ***L'évolution des dépenses de santé par bénéficiaire :***

Le niveau des dépenses de santé par bénéficiaire est mesuré par le rapport entre le volume total des dépenses et le nombre de bénéficiaires. Son évolution permet de suivre celle de la consommation de soins. Si les dépenses sont ventilées selon leur nature (médicaments, consultations, hospitalisation...), il sera possible d'analyser les causes des fluctuations du niveau de consommation et de prendre, le cas échéant, les mesures correctives nécessaires (par exemple pour limiter la surconsommation ou augmenter l'accès aux soins).

On peut affiner l'analyse en fonction du degré de précision désiré et du coût de production de l'information : dépenses par catégorie de membres, par tranches d'âge, par sexe, par région, etc.

- ***L'évolution des dépenses par catégorie de soins :***

La mesure de l'évolution des dépenses relatives à chaque catégorie de soins (consultations générales ou spécialisées, hospitalisations, médicaments, analyses, soins dentaires...) permet de préciser les postes de dépenses qui augmentent le plus rapidement. Elle est très utile pour établir le budget de la mutuelle et, éventuellement, pour prendre des dispositions de maîtrise des dépenses particulières à une ou plusieurs catégories de soins.

- ***Le taux de prise en charge par la mutuelle :***

La part des frais de santé pris en charge par la mutuelle est un indicateur de son efficacité. Une mutuelle qui impose un ticket modérateur de 50 % est, à priori, moins attrayante que celle où le ticket modérateur est de 20 %. Toutefois, le ticket modérateur devra s'apprécier également en fonction du rapport cotisations/services offerts. Souvent, la mutuelle applique différents taux de remboursement selon le type de dépenses ; la participation du membre est généralement plus forte pour les petits risques que pour les gros.

- ***Le taux de morbidité parmi les membres :***

Le taux de morbidité est le rapport entre le nombre de cas d'une maladie donnée et l'effectif de la population concernée. Il peut se calculer au sein de la population mutualiste et être comparé aux données disponibles pour l'ensemble de la population d'une région, lorsque de telles statistiques sont disponibles. Quand le taux de morbidité au sein de la population de la mutuelle diminue, cela peut signifier une amélioration de la couverture sanitaire, pour autant que tous les cas de maladie soient réellement enregistrés, c'est à dire que tous les malades se fassent soigner.

La comparaison entre le taux de morbidité chez les bénéficiaires de la mutuelle et le taux de morbidité générale permet d'apprécier la protection sanitaire des mutualistes.

- ***Le taux de mortalité des membres :***

C'est le rapport entre le nombre de membres décédés et l'effectif total des membres au cours d'une période donnée.

Il est intéressant de comparer le taux de mortalité des membres au taux moyen de mortalité de la population concernée (d'une région, d'un pays...), pour mesurer l'impact sur la santé de l'affiliation à la mutuelle.

- ***Le nombre de bénéficiaires par titulaire :***

Dans les mutuelles où les cotisations payées par les titulaires sont indépendantes du nombre de personnes à charge (cotisation unique par famille), il est important de suivre l'évolution du nombre moyen de bénéficiaires par titulaire, car il s'agit d'un facteur de viabilité financière déterminant. Cet indicateur sera tout aussi important à suivre au cas où une cotisation complémentaire par personne à charge est exigée.

- ***Le taux de recouvrement des cotisations :***

C'est le rapport entre le montant des cotisations réellement perçues et le montant dû par les membres pendant une période donnée. Un taux proche de 100 % atteste d'une participation active et préfigure une bonne capacité de prise en charge des prestations par la mutuelle.

Il peut aussi signifier l'atteinte des objectifs des campagnes de sensibilisations et de promotion.

A contrario, un faible taux de recouvrement peut signifier que les membres se désintéressent de leur mutuelle ou qu'ils éprouvent des difficultés financières plus ou moins importantes.

- ***Le pourcentage de membres en règle de cotisations***

Cet indicateur est proche du précédent mais ne s'exprime pas en rapport de masses monétaires, mais selon le rapport entre le nombre de membres en règle de cotisations et le nombre total de membres. Il est également intéressant de ventiler la proportion des membres présentant un retard de paiement selon le nombre de versements en retard.

- ***Le taux des désistements ou des démissions***

C'est le rapport entre le nombre de démissions au cours d'une période donnée et le nombre total de membres au début de cette période. Un taux élevé peut être la conséquence d'un désintéressement des membres ou être symptomatique de malaises dont il faut absolument rechercher les causes.

c) Indicateurs financiers :

Le ratio de liquidité immédiate

Il est le rapport entre les disponibilités financières de la mutuelle et les dettes à court terme.

Les disponibilités de la mutuelle comprennent les fonds qui peuvent être mobilisés immédiatement notamment la caisse, les comptes courants en banque.

Ce ratio permet d'apprécier la capacité de la mutuelle à faire face aux sommes dues au tiers à court terme sans recourir à d'autres ressources à mobiliser.

Il doit être supérieur à 1.

Le Ratio de Solvabilité :

Ce ratio indique la capacité de la mutuelle à honorer ses dettes en réalisant ses actifs, sans recours à l'emprunt.

On entend par actif l'ensemble des biens matériels et immatériels détenus par une mutuelle.

Ce ratio doit également être supérieur à 1.

Le Ratio de couverture des charges

Ce ratio est le rapport entre les réserves nettes comptables et les charges mensuelles pour les mutuelles de santé et annuelles pour les mutuelles qui couvrent le risque retraite et décès.

Ce ratio correspond donc au rapport entre les réserves d'une mutuelle et ses charges en prestation durant une période en mois ou en année selon le type de mutuelle concerné. Pour une mutuelle de santé, cette couverture doit s'étaler au moins sur trois (3) mois ; alors que pour les mutuelles de retraite ou de décès elle doit aller jusqu'à une année minimum.

Le but de ce ratio est d'assurer à la mutuelle une stabilité suffisante pour pouvoir faire face aux charges exceptionnelles comme celles découlant d'une épidémie dont seraient victimes plusieurs membres d'une mutuelle de santé.

Le ratio de cotisation/ charges annuelles

Ce ratio permet de mesurer chaque année l'équilibre du couple prestation cotisation pour la mutuelle, sans solliciter les réserves constituées lors des années précédentes.

Ce ratio doit être proche de 1 car les cotisations constituent la principale recette pour la mutuelle. Elle ne devra donc pas compter sur les dons ni sur les droits d'adhésion pour couvrir les dépenses.

Ce ratio permet à la mutuelle de répondre à la question suivante : les cotisations sont-elles suffisantes pour couvrir les dépenses ?

Le Ratio de frais de fonctionnement / total des produits annuels

Ce ratio permet de mesurer la part des produits annuels affectés au fonctionnement de la mutuelle.

Par frais de fonctionnement, il faut entendre toutes les dépenses d'administration et de gestion de la mutuelle comme les salaires et primes du personnel, la location des bureaux, les fournitures, les formations du personnel etc.

En règle générale, ce ratio se situe entre 5 et 10% de produits en situation normale.

LES RATIOS D'UNE MUTUELLE

$$\text{RATIO DE LIQUIDITE} = \frac{\text{DISPONIBILITES}}{\text{DETTES A COURT TERME}}$$

Ce ratio doit être supérieur à 1

$$\text{RATIO DE SOLVABILITE} = \frac{\text{AVOIRS}}{\text{OBLIGATIONS}}$$

Ce ratio doit être supérieur à 1

$$\text{RATIO DE COUVERTURE} = \frac{\text{RESERVES NETTES COMPTABLES}}{\text{CHARGES MENSUELLES EN PRESTATIONS DES DEPENSES}}$$

Ce ratio doit être supérieur à 1 et s'étaler au moins sur 3 mois de prestations pour une mutuelle de santé et 12 mois pour une mutuelle de retraite

$$\text{RATIO DE COUVERTURE} = \frac{\text{COTISATIONS}}{\text{CHARGES ANNUELLES}}$$

Ce ratio doit être proche de 1

$$\text{RATIO DE COUVERTURE} = \frac{\text{FRAIS DE FONCTIONNEMENT}}{\text{PRODUITS ANNUELS}}$$

Ce ratio doit se situer entre 5 et 10%

VII- RÔLE DE LA TUTELLE

VII – ROLE DE LA TUTELLE

Aujourd'hui plus qu'hier se pose avec de plus en plus d'insistance toute la question du « positionnement » de l'Etat dans le contexte socio-politique en voie de démocratisation, d'où le partage des rôles entre la Société civile et le pouvoir public. Actuellement, le mouvement mutualiste, une forme d'organisation de la société civile constitue une des illustrations les plus marquantes de cette réalité au Mali.

Par les enjeux qu'il véhicule et le contexte socio-politique qui a marqué son émergence, le mouvement mutualiste constitue aujourd'hui un défi à maints égards:

- le défi pour la Société civile d'assurer sa maturité dans les formes de réponses appropriées à apporter dans la prise en charge des problèmes sociaux et sanitaires en particulier, et cela dans un contexte de responsabilité de plus en plus exigée des individus et des groupes.
- le défi pour les pouvoirs publics de garantir un accompagnement adéquat dans le processus de développement d'une société civile forte, c'est à dire responsable et engagée, sans se substituer à elle , ni l'embrigader.

En vue de soutenir cette dynamique l'Etat s'est assigné un certain nombre de missions qui traduisent la volonté politique. Il s'agit entre autres de : la définition d'un environnement législatif et réglementaire, la sensibilisation, l'information et la formation ainsi que le contrôle.

1. Elaboration de la Politique de Développement de la mutualité

Les orientations de la politique de développement social, le PDDSS et le PRODESS (1998-2002) sont entre autres l'expression de la volonté des autorités Maliennes d'apporter des solutions durables aux problèmes sociaux et sanitaires du pays. Un des objectifs du PRODESS 1998 - 2002 était de promouvoir la création des mécanismes de financement alternatif pour la prise en charge du risque maladie à travers le développement des mutuelles de santé.

Il s'était donné comme stratégies :

- le développement des mutuelles de santé ;
- le développement de formules de pré-paiement des évacuations sanitaires dans le cadre de la référence ;
- le développement de systèmes de prise en charge des soins des indigents (FAM) ;
- la mise en place de l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Les orientations en ce qui concerne la mutualité visent l'appui à la promotion et au développement de la mutualité comme mécanisme de couverture des risques sociaux.

Les actions spécifiques prévues à cette fin sont :

- la tenue annuelle d'un forum des structures mutualistes ;

- la création de la fédération des mutuelles du Mali pour faciliter la concertation et la coordination de leurs actions ;
- la réalisation d'une étude actuarielle en vue d'aider les mutuelles à déterminer les risques de santé à couvrir ;
- la sensibilisation et l'information des communautés pour permettre l'organisation de la référence qui pourrait servir de fondation au développement des mutuelles ;
- l'appui à la création de mutuelles ;
- la formation de 60 professionnels des mutuelles pour le renforcement des capacités du personnel des mutuelles en matière de gestion de structures mutualistes ;
- la formation du personnel social pour lui permettre de jouer son rôle d'appui conseil et d'aider les organisations mutualistes dans leurs efforts d'information ;
- l'apport d'une assistance technique à la fédération des mutuelles une fois que celle-ci sera mise en place.

La réalisation de ces interventions s'effectue à travers la programmation annuelle au niveau des acteurs de tous les niveaux (national, régional et local). Cette programmation consiste à la planification de l'ensemble des activités que les structures chargées du développement de la mutualité mettent en œuvre pour atteindre les objectifs visés.

Ce travail d'élaboration de programme opérationnel (PO) doit tenir compte :

- des problèmes et besoins des populations ;
- du niveau d'information des populations sur la mutualité ;
- du niveau de développement de la mutualité dans la zone ;
- des capacités socio-économiques des populations et de leur niveau d'engagement ;
- du niveau des ressources matérielles et financières des structures chargées du développement de la mutualité.

Le PO de l'année en cours doit tenir compte de l'évaluation du PO de l'année précédente. Il s'agira à ce niveau de comparer les réalisations aux prévisions, identifier les activités non réalisées ré-programmables, proposer pour l'année en cours de nouvelles activités à réaliser.

Cependant, compte tenu du rôle d'encadrement de la tutelle dans l'appui à la création des mutuelles, il est important que les agents aux différents niveaux élaborent les programmations en tenant compte de la volonté et du rythme des populations.

La mise en œuvre d'un certain nombre d'actions programmées dans le cadre du PRODESS 1998-2002 a permis une meilleure structuration des mutuelles existantes, l'émergence de nouvelles mutuelles avec une diversification de leurs domaines d'intervention. Ainsi, le mouvement mutualiste Malien a amorcé une véritable phase de consolidation.

2. Création et mise à jour du cadre législatif et réglementaire

- **Elaboration des textes**

L'une des missions de la tutelle en charge de la promotion de la mutualité est l'élaboration et la mise à jour des textes législatifs et réglementaires sur la mutualité.

Elle vise à mettre à la disposition des différents acteurs des instruments appropriés pour le développement de la Mutualité.

- a- Création**

Actuellement le cadre législatif et réglementaire est constitué d'une loi, de deux décrets et de deux arrêtés. Ces textes sont de l'initiative du département chargé du développement de la mutualité.

Dans le souci de définir et de maintenir un environnement législatif et réglementaire propice au développement du mouvement mutualiste, l'Etat adopte des textes sur la base des besoins et des réalités du moment. Dans ce cadre la tutelle à tous les niveaux est appelée à faire des propositions sur la base des expériences du terrain.

- b- Mise à jour :**

Lors de la mise en application des textes législatifs et réglementaires, des insuffisances peuvent être décelées. Il est du ressort de la tutelle d'engager le système de remontée d'information permettant la relecture de ces textes pour corriger ces insuffisances

3. Création du cadre institutionnel efficace :

La nécessité de renforcer le cadre institutionnel du mouvement mutualiste a favorisé la création de l'UTM dans le cadre du Projet Franco-Malien d'appui au développement des Mutuelles de santé en avril 1998.

Aussi, en février 2000, la création du Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées et en septembre de la même année celle de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire marquent la volonté des autorités de renforcer le cadre institutionnel pour mieux appuyer les organisations de la société civile.

Ce cadre institutionnel a pour objectif la promotion des organisations de la société civile plus précisément celle du mouvement mutualiste. Il a favorisé entre autres le financement de la deuxième phase du Projet Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP 2001-123) de la Coopération Française pour l'appui à la création des mutuelles de santé au Mali.

Dans le cadre de ce projet, les appuis programmés pour la tutelle visent le renforcement des compétences des chargés de l'organisation des communautés au

niveau cercle et régional ; l'élaboration et l'application des procédures de contrôle et le suivi des mutuelles et groupements mutualistes.

Par rapport à l'UTM, cet appui portera sur les investissements humains et mobiliers et les subventions.

Il faut signaler que l'appui à la mise en place d'un cadre institutionnel efficace constitue un centre d'intérêt aussi bien des pouvoirs publics que de l'ensemble des partenaires.

4. Information – Sensibilisation – Formation des Acteurs :

Ce rôle que l'Etat partage avec d'autres Partenaires (public, privé) est joué par les services techniques de tutelle.

a- Information – sensibilisation :

Les structures de la tutelle ne sont pas chargées de créer les mutuelles, mais ont plutôt la mission de susciter la création de celles-ci.

Pour jouer correctement leur rôle dans ce domaine, elles doivent assurer en collaboration avec les différents acteurs une information- sensibilisation stratégiquement bien menée.

L'émergence des mutuelles implique à la fois :

- Une compréhension des objectifs visés par la mutuelle ;
- Une prise de décision pour atteindre ces objectifs.

Par rapport à la compréhension des objectifs visés par la mutuelle, il est nécessaire pour les promoteurs de passer d'abord par les groupements déjà organisés. Il s'agit en général des groupements de femmes, de jeunes etc. Ces groupements non seulement sont des vecteurs de promotion et de sensibilisation, mais aussi ils sont les plus concernés par les services d'une mutuelle.

Pour faciliter l'assimilation de l'information, il est nécessaire de tenir compte de leur niveau de formation ou de culture, de leurs problèmes ou préoccupations, de leur disponibilité et des réalités socio-économiques de leur environnement.

La prise en compte de ces réalités donne plus de chance à l'adhésion massive des populations au projet mutualiste.

Pour faciliter la prise de décision, il est important de tenir compte de l'information et de la sensibilisation des leaders locaux (chef de village et chef de fraction, leaders religieux, politiques, élus communaux, responsables d'associations).

Ces leaders locaux sont importants dans le processus de promotion de mutuelle parce que d'une part ils sont acteurs de sensibilisation et d'information et d'autre part ils sont décideurs et peuvent amener la population à la prise de décision par rapport à l'adhésion au projet de mutuelle.

NB. Il est important de tout faire pour que le projet de mise en place de la mutuelle ne souffre pas de considérations politiques, religieuses ou ethniques. Le choix devra s'appuyer sur la confiance accordée aux organisations sus citées ou à leurs responsables par les communautés.

b- Formation des acteurs :

Tout processus de formation comprend un certain nombre d'étapes que l'agent de la tutelle à quelque niveau qu'il soit doit observer.

Il s'agit particulièrement de :

- l'identification des besoins de formation ;
- la conception de l'outil et des modules de formation
- la réalisation de la formation ;
- le suivi de la formation.

Il est important que les responsables des mutuelles soient associés autant que faire ce peu, à toutes les étapes de la formation qui leur ait destiné.

Identification des besoins de formation :

Les besoins de formation peuvent être décelés par l'agent au cours des activités de suivi de routine ou suite à des événements réellement constatés.

Par ailleurs ces besoins de formation peuvent être exprimés par les mutualistes.

Conception de l'outil et des modules de formation :

La formation devant s'adresser à des adultes, il serait important pour l'agent de la tutelle de concevoir des modules et thèmes de formation qui sont basés sur les outils existants au niveau de l'organisation. Il devra se questionner sur le fonctionnement, la pertinence et l'adaptabilité de ces outils existants. Il définira par la suite des contenus qui permettent de résoudre les dysfonctionnements constatés.

A cette étape, il peut également chercher au niveau de l'environnement local ou régional des structures ou partenaires qui peuvent contribuer à la réalisation de l'activité. Comme l'animation et l'information, il devra mettre l'accent sur l'utilisation de méthodes et techniques actives de formation c'est à dire qui capitalisent les connaissances des participants.

Réalisation de la Formation :

Deux choix peuvent s'offrir à l'agent :

- la conduite d'ateliers pour un certain nombre de participants ;
- la formation à la carte.

La formation en atelier peut être thématique et/ou concerner éventuellement des responsables d'une mutuelle (conseil d'administration et commission de contrôle) ou des responsables de plusieurs mutuelles ayant les mêmes fonctions. Ce sont les formations de courte durée (2 à 3 jours). Le choix de cette durée doit être fait en fonction du thème et du contenu proposé.

La formation à la carte est généralement ciblée et s'adresse à des personnes par rapport à des problèmes précis. Par exemple le trésorier sur les outils comptables. Elle a souvent lieu au siège même de la mutuelle.

Le Suivi de la formation :

Il est important de mettre en place des mécanismes et outils permettant à l'agent de la tutelle de mesurer les impacts des formations dont les responsables mutualistes ont bénéficié qu'elles soient de son initiative ou d'autres intervenants. Ce Suivi permettra d'identifier d'éventuels nouveaux besoins ou même en fonction des résultats de juger de la pertinence et de l'utilité de la formation.

La formation apparaît donc comme une activité constante pour assurer aux mutuelles un fonctionnement transparent. C'est ainsi qu'il est important que la tutelle à tous les niveaux met en place un système qui permet une synergie entre les intervenants.

5. Le Contrôle

La loi 96 022 du 21 février 1996 régissant la mutualité en République du Mali, stipule dans son article 10 qu'aucune mutuelle ne peut fonctionner avant :

- l'obtention du récépissé délivré par l'autorité administrative de son siège,
- l'approbation du Ministre de tutelle.

L'ensemble des mesures prises pour instruire les dossiers devant aboutir à la délivrance de ces deux (2) actes constitue le contrôle à priori.

a) Le Contrôle à Priori

Il s'opère à deux niveaux : l'obtention du récépissé et celle de l'agrément.

- Pour l'obtention du récépissé, la mutuelle comme l'indique l'arrêté n°97-0477 MSSPA/MATS-SG doit déposer auprès de l'autorité administrative de sa localité une déclaration de création comportant les pièces inscrites en son articles 3 :
 - 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.

L'obtention du récépissé par la mutuelle n'est qu'une étape vers sa reconnaissance . Elle n'est autorisée à fournir des prestations qu'après son approbation, cette approbation se fait par décision du Ministre chargé de la Mutualité.

Avant la transmission du dossier de demande d'agrément de la Mutuelle au Ministre, l'agent de la tutelle chargée de la mutualité doit :

- vérifier dans le dossier de demande d'approbation la présence de toutes les pièces citées à l'article 4 de l'arrêté sus- cité , il s'agit de :

- 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.

Il doit également s'assurer par rapport :

□ **Aux statuts**

Que les statuts sont conformes aux statuts – types (68 articles) et ne comportent aucune omission, aucun rajout.

- **Aucune omission**

Les statuts types comportent 68 articles, il s'agit pour la mutuelle de n'en omettre aucun. Par exemple, l'article 10 des statuts – types concernant les unions et fédérations de mutuelles doit être retenu même si le groupement à constituer est une mutuelle.

La mutuelle ne doit omettre aucune partie des articles des statuts types, chaque article doit être pris avec son contenu comme tel.

- **Aucun rajout**

Aucun rajout de titre, de chapitre ou d'article n'est possible.

En ce qui concerne le contenu chaque article doit être pris avec son contenu comme tel sauf dans le cas où la mutuelle doit remplir les pointillés en fonction de ses spécificités.

En résumé, il n'est possible de procéder à aucune reformulation (en augmentation ou en diminution)

□ **Au règlement intérieur**

Que les renvois des statuts au règlement intérieur dans ses articles 13 , 22, 50 et 54 sont pris en compte.

Pour un souci de facilité et de cohérence dans l'élaboration du règlement intérieur, il est souhaitable qu'il suive la même structuration que les statuts- types.

A ce niveau, il faut vérifier que les effets de la démission, la radiation et l'exclusion ; les conditions d'éligibilité du Conseil d'Administration ; la part des cotisations réservée au fonctionnement de la mutuelle ainsi que les prestations accordées aux ayants –droit d'un membre décédé ont été précisés.

□ **Au Récépissé**

Qu'il y ait l'original du récépissé ou des copies certifiées conformes.

□ **Au Procès Verbal**

Que le procès verbal est signé et comporte en annexe, la liste des participants. Son contenu ne doit pas contredire les statuts ou le règlement intérieur.

Il doit comporter

- Le titre
- L'ordre du jour
- La description du déroulement de la réunion
- La liste des participants
- La date et lieu de tenue de la réunion
- Les noms et signatures du Président et du Secrétaire de la séance.

Le montant de la cotisation, la composition des bureaux, les prestations offertes et autres choses qui auront été adoptés par l'assemblée générale doivent être identiques à ceux retenus dans les statuts et règlement intérieur.

□ **A la lettre de demande**

Qu'elle est signée et timbrée à 100 FCFA. Elle est adressée au Ministre chargé de la tutelle de la mutualité.

□ **A l'étude de Faisabilité économique et sociale**

Que les recettes couvrent les dépenses.

Les recettes : elles doivent être constituées essentiellement par les cotisations et les droits d'adhésion. Il est déconseillé d'inclure dans les recettes les subventions et les dons qui ont généralement un caractère aléatoire

Les dépenses : elles portent sur la prise en charge des prestations et le fonctionnement (confection des cartes, fournitures, éventuellement des salaires, location etc.). Il arrive souvent que les promoteurs sous-estiment les dépenses.

Les estimations des prestations doivent être faites sur la base des informations fournies par les services techniques en charge des domaines. Par exemple : le nombre d'accouchement par an dans une aire, le nombre de références obstétricales, le coût moyen d'une césarienne ou d'une intervention chirurgicale pour une mutuelle de santé, l'âge de la retraite par catégorie professionnelle, le taux de

risque professionnel, le rythme de recrutement et de départ à la retraite, l'espérance de vie pour les mutuelles de risque long (retraite, décès) sont des données dont les mutuelles en constitution ont besoin pour la réalisation des études de faisabilité.

L'étude de faisabilité doit faire des prévisions sur au moins une période de trois (3) ans.

NB : Le dossier de demande d'approbation soumis au contrôle à priori pour des raisons pratiques doit l'être en trois exemplaires (une copie est destinée au Ministère, une est conservée à la Direction Nationale chargée de la Mutualité et une copie sera retournée à la mutuelle).

A la suite de l'étude du dossier un agrément est délivré par la tutelle à la mutuelle, lorsque ce dossier répond aux exigences requises. La mutuelle agréée est ainsi enregistrée dans le répertoire national des mutuelles du Mali.

L'original de l'agrément lui sera envoyé.

Etant donné que la loi 96 022 stipule en son l'article 11 que « l'approbation ou le refus d'approbation doit intervenir dans le délai de 3 mois à compter de la date de réception des statuts par l'autorité administrative » il est recommandé que l'agent de la tutelle au niveau régional ou local une fois saisi d'un dossier le traite et le transmette de façon diligente à l'instance supérieure dans la mesure où l'étude finale incombe pour le moment au niveau central.

La transmission diligente permettra à la tutelle de traiter les dossiers dans les délais impartis.

b) Le Contrôle à Posteriori

Le contrôle à posteriori revêt 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 des mutualistes

La présente partie s'appesantira sur le contrôle de routine. Il porte sur les aspects suivants :

b1. La viabilité de la mutuelle :

Il s'agit pour l'agent de la tutelle de vérifier :

- La conformité des activités de la mutuelle à travers la comparaison des réalisations aux prévisions,
- L'établissement de compte de résultat trimestriel, semestriel, annuel,

- L'évolution de la situation financière de la mutuelle,
- La constitution de réserves obligatoires (existence de réserves suffisantes représentant au moins 30% des excédents nets)

b2. Le fonctionnement institutionnel

Les contrôles à effectuer à ce niveau concernent entre autres :

- l'évolution du nombre des adhérents et des bénéficiaires
- le nombre de nouveaux adhérents par an,
- la régularité de la tenue des réunions statutaires,
- la participation aux réunions statutaires,
- l'information de la tutelle conformément aux textes régissant la mutualité en république du Mali,
- la participation aux élections,
- la pénétration de la mutuelle dans sa population cible.

b3. Le contrôle des outils de gestion

Ce contrôle consiste à vérifier :

- L'existence des documents comptables et de gestion des adhérents
- La tenue régulière des documents comptables,
- La tenue régulière des outils de gestion des adhérents et des bénéficiaires,
- Le suivi des relations avec les tiers notamment à travers la mise en œuvre des conventions.

NB : Le but du contrôle à posteriori est d'apporter des mesures correctives aux insuffisances constatées dans le fonctionnement des structures de la mutuelle.

En cas de dysfonctionnement grave nécessitant un contrôle ponctuel express l'agent de la tutelle doit informer par voie hiérarchique l'inspection des affaires sociales et le cabinet du ministère chargé de la mutualité afin de prendre les mesures qui s'imposent.