

Synthèse des réponses des experts sur les règles prudentielles

dans le cadre du Projet

**« Appui à la construction d'un cadre régional de
développement des mutuelles de santé
dans les pays de l'UEMOA »**

BIT-STEP

Dakar, septembre 2006

Introduction

Ce rapport a été rédigé dans le cadre du Projet « Appui à la construction d'un cadre régional sur les mutuelles de santé dans les pays de l'UEMOA ». Il servira de support à la réunion sur les règles prudentielles qui se tiendra du 16 au 17 octobre 2006 à Dakar.

Les règles prudentielles peuvent être définies comme l'ensemble des dispositions qui visent à garantir que la mutuelle sera apte à faire face aux engagements qu'elle a contractés. Ces règles recouvrent quatre objectifs principaux :

- Pour les mutuelles: donner un cadre commun d'actions, reconnu par tous les acteurs du secteur, qui guide les mutuelles dans la voie à suivre pour leur développement (surtout par rapport à leur viabilité) ;
- Pour les adhérents : bénéficier d'un environnement encadré, qui les sécurisent et favorise l'attractivité et la confiance dans ces organisations ;
- Pour l'autorité de contrôle : faciliter l'activité de contrôle et d'encadrement en ayant des informations cohérentes et suffisantes pour exercer ce contrôle ;
- Pour l'offre de soins et les autres partenaires : disposer d'un cadre de référence qui garantisse que les mutuelles avec qui conclure un partenariat sont des institutions fiables qui sont soumises à des règles et à un contrôle du respect de ces règles.

Les règles prudentielles concernent tous les moments de la vie de la mutuelle : la création, le fonctionnement (et son contrôle) et éventuellement la disparition. Il s'agit de dispositions très techniques qui auront une incidence majeure sur le développement du mouvement mutualiste. Il sera en effet nécessaire de trouver un équilibre entre la rigueur qui doit s'appliquer à toute organisation qui gère un produit d'assurance et la spécificité des mutuelles, notamment en tant qu'organisme à but non lucratif qui opère dans un domaine d'intérêt général. Ces règles seront ensuite reprises dans l'avant-projet d'acte communautaire qui sera soumis pour adoption à l'UEMOA.

C'est pour cette raison que le Programme BIT/STEP a décidé d'engager une réflexion approfondie sur ce thème. Il a ainsi été demandé à trois experts de répondre à une même liste de questions :

Allan Boutbien (A.B.), consultant CGR (conseil en gestion des risques) ;

Kulmie Samantar (K.S.), Fédération nationale de la mutualité française ;

Saibou Seynou (S.S.), Directeur de la Protection sociale au Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale au Burkina Faso.

Le présent rapport a été rédigé à partir de leurs réponses.

QUESTION 1 : Registre national (et/ou régional) des mutuelles

1) Proposer des règles et modalités de création et de fonctionnement d'un registre des mutuelles

Les trois auteurs s'accordent sur le fait qu'un registre des mutuelles est un outil essentiel pour le développement des mutuelles. Il permet de donner une visibilité et traçabilité aux mutuelles et facilite en cela le contrôle et la collecte de données. Il constitue une illustration des mesures d'accompagnement à mettre en place suite à l'adoption du texte communautaire.

Sur les modalités pratiques de mise en place et de fonctionnement, plusieurs propositions sont avancées. Les auteurs soulignent que le numéro d'immatriculation/enregistrement de la mutuelle devra figurer dans tous les documents officiels de la mutuelle.

Autorité compétente pour la procédure d'agrément et la tenue du registre :

Deux auteurs (**K.S.** et **S.S.**) proposent que l'autorité compétente pour tenir le registre soit l'autorité de tutelle. **A.B.** identifie une autorité indépendante (la Commission de contrôle des mutuelles) à laquelle l'autorité de tutelle a dévolué ses compétences. Les experts identifient toutefois différents niveaux de compétences.

A.B . :

- Niveau préfectoral : le Préfet est en charge de distribuer les formulaires à remplir pour la demande d'agrément, d'informer les mutuelles, de vérifier que le dossier de demande d'agrément est complet, de le transmettre et de recevoir en parallèle de la mutuelle les réponses venant de l'autorité compétente, transmettent les agréments aux demanderesse, informent les mutuelles du refus d'agrément et leur transmettent l'avis motivé de la CCM. Les autorités décentralisées (préfectures) sont des chambres d'enregistrement et de circulation de l'information.

- Niveau national : Une commission (la CCM), créée par dévolution de compétences de l'autorité de tutelle, est en charge de délivrer le récépissé qui atteste de la bonne réception du dossier, de statuer sur la demande d'agrément et d'enregistrer la mutuelle.

K.S. :

- Niveau national : Autorité de tutelle : Chaque pays a son registre dans lequel sont enregistrées les mutuelles agréées.
- Niveau sous-régional : L'autorité de tutelle va transmettre au niveau sous-régional toutes les informations permettant de mettre en place un registre à ce second niveau. Au niveau sous régional, les mutuelles sont enregistrées par pays avec leur numéro d'agrément et les dimensions (couverture géographique, effectif d'adhérent et de bénéficiaire).

S'agissant d'une législation harmonisée, le mécanisme d'agrément pourrait être sous-régional et le contrôle de conformité et les ajustements pourraient être effectués au niveau national

S.S. :

- Niveau local : Autorité de tutelle du ressort de la mutuelle : cette autorité (dont le niveau est à préciser) est en charge de recueillir tous les éléments modificatifs concernant la mutuelle et qui doivent être inscrits au registre des mutuelles
- Niveau national : Autorité de tutelle centralisée en charge de tenir le registre et de délivrer l'agrément.

Procédure d'immatriculation/enregistrement :

Les auteurs soulignent tous le caractère obligatoire de l'immatriculation/enregistrement pour toute mutuelle ou structure faîtière. Ils proposent toutefois des procédures sensiblement différentes :

A.B. :

Mutuelles nouvelles:

- Demande d'agrément déposée au niveau préfectoral (selon un modèle de documents mis à disposition par les préfetures) ;
- Préfet vérifie que le dossier est complet (à défaut demande un complément d'informations) ;
- Quand le dossier est complet, le préfet dispose d'un délai (à préciser) pour transmettre à la CCM le dossier de demande d'immatriculation ;

La CCM :

- accuse réception et délivre un récépissé : les demandes d'immatriculation sont classées par des numéros en ordre chronologique et ce numéro figure dans le récépissé ;

- communique dans un délai (à préciser) le récépissé à la mutuelle, avec copie à la préfecture ;
- instruit le dossier et statue (selon un délai à préciser) sur la demande d'immatriculation ;
- informe la mutuelle et la préfecture de sa décision ;
- immatricule la mutuelle au registre et délivre un numéro.

Après instruction du dossier la CCM peut, sur la base d'une grille de lecture organisationnelle et financière, décider de :

- accorder un numéro d'identification ;
- refuser l'agrément.

Le refus d'agrément doit être motivé et ne se justifie que dans les deux cas de figure suivants :

- lorsque la mutuelle ne satisfait pas aux obligations législatives et réglementaires notamment prudentielles prévues par la législation ;
- lorsque les caractéristiques du projet laissent supposer que la mutuelle ne sera pas en mesure de garantir à ses membres les services pour lesquels ils adhèrent à la mutuelle.

Les motifs du refus doivent être objectifs. Le contrôle est un contrôle de conformité (importance de circonscrire les risques de mauvaise volonté, de fraude et de collusion).

Mutuelles déjà actives :

Sur présentation des documents (voir question 2) et après instruction des dossiers complets, la CCM accorde ou non un numéro d'identification national.

Si la mutuelle ne détient pas les informations adéquates ou s'il est jugé qu'elle n'est pas en mesure de respecter l'ensemble des règles prudentielles nécessaires pour l'exercice de son activité, la CCM dispose de la faculté de :

- Refuser l'agrément en justifiant sa décision et en indiquant les manquements qui ont conduit à ce refus.
- Accorder un délai **à préciser** à la mutuelle pour qu'elle satisfasse aux obligations communes aux mutuelles et qu'elle présente à nouveau un dossier de demande d'immatriculation. Il sera demandé à la mutuelle d'apporter les preuves de ce regroupement.

K.S. :

- Enregistrement des mutuelles agréées ;
- Délivrance d'un récépissé
- Si avis favorable : délivrance d'un numéro d'enregistrement

S.S. :

- Dépôt de la demande d'immatriculation contre récépissé ;
- Si tout est en règle : délivrance du numéro d'immatriculation au registre national dans le délai d'un mois ;
- Immatriculation confère la qualité de 'membre' ;
- Obligation de faire figurer le numéro d'immatriculation dans tout document concernant l'activité de la mutuelle.

Informations contenues dans le registre :

A.B. :

Les renseignements suivants doivent être contenus dans le registre des mutuelles ;

- Dénomination de l'organisme et, le cas échéant, le sigle représentatif de ce dernier ;
- Nature des activités exercées par les mutuelles (distinction des opérations d'assurance par branche et distinction des activités autres que l'assurance) ;
- Adresse du siège et le cas échéant des sections locales ;
- Numéro national d'identification ;
- Données d'identification du président, des administrateurs et des dirigeants salariés ;
- Pour les organismes résultant d'une fusion ou d'une scission, la dénomination de tous les organismes mutualistes qui y ont participé ;
- Pour les organismes regroupés en union ou fédération, les données d'identification de la structure faîtière ainsi que les données relatives aux dirigeants de la structure faîtière ;
- Date de la décision d'octroi d'agrément,
- Toute mesure de suspension ou de retrait de l'agrément (date),
- Toute décision de dissolution (date),
- Toute mesure frappant d'incapacité un membre dirigeant de la mutuelle (date).

Les quatre premières informations doivent être inscrites dans l'agrément. Les informations (notamment concernant la réhabilitation et la levée d'interdictions) doivent être actualisées.

Les mutuelles inscrites au registre national des mutuelles doivent informer la CCM, selon une périodicité distincte, des informations suivantes :

- Informations périodiques :
 - Nombre de membres inscrits en début d'exercice ;
 - Nombre de membres à jour de leurs cotisations en début d'exercice ;
 - Eléments financiers annuels.
- Informations ponctuelles :
 - Décision de suspension des activités ;
 - Décision de liquidation ;
 - Modification de l'organigramme des dirigeants et informations incidentes.

En cas de changement dans les activités de la mutuelle, les organismes avisent la CCM et lui indiquent les changements survenus :

- Développement d'activités dans une nouvelle branche d'assurance ;
- Adhésion à un regroupement de mutuelles ;
- Affiliation à une Fédération ou une Union ;
- Transfert de la gestion à une organisation spécialisée. En cas de transfert de la gestion à une structure exogène, la mutuelle signe une convention de substitution ; ce dont elle informe la CCM.

La CCM se réserve la possibilité d'octroyer ou non un agrément pour les nouvelles activités d'assurance. Elle en informe la mutuelle, en motivant sa réponse, dans des délais raisonnables *à préciser*.

Ces informations sont portées au registre national.

K.S. :

Le registre doit contenir les informations suivantes :

- un numéro d'enregistrement (dont l'harmonisation devra être étudiée) ;
- le nom de la mutuelle ;

- son objet ;
- sa population cible ;
- champs géographiques (locales, professionnelles, régionales, transfrontalières ou nationales) ;
- numéro et date de livraison de l'agrément ;
- date et signature du responsable de la mutuelle à qui est remis l'agrément.

S.S. : Le registre doit contenir les informations sur l'identification des structures mutualistes et sur leurs activités. Les informations doivent être réactualisées périodiquement : éléments modificatifs transmis par la mutuelle (dans les 15 jours des modifications) à l'autorité de tutelle du ressort de la mutuelle qui les envoie au registre des mutuelles.

Seule l'autorité de tutelle et les personnes concernées par les informations disposent d'un droit de rectification desdites informations. Le ministre compétent et ses délégués sont seuls habilités à communiquer une copie ou extrait des informations contenues au registre.

Codification

K.S. et **A.B.** avancent l'idée d'une codification afin de permettre l'identification des mutuelles dans le registre.

A.B. propose la suivante codification :

Code Région	numéro préétabli	3 unités
Numéro national	numéro d'ordre séquentiel	6 unités
Code de groupement	numéro d'ordre des regroupements des mutuelles	3 unités

Exemple

x x x	x x x x x x	x x x
Code Région	Numéro séquentiel	Structure faitière
0 0 1	0 0 0 0 0 1	0 0 1
Dakar	IMA	FIMA

K.S. propose la classification suivante pour :

Registre national

Numéro d'enregistrement	Nom de la mutuelle	Objet	Espace couvert : national, régional, local	Numéro et date de dé livraison d'agrément	Date et signature du responsable de la mutuelle à qui est remis l'agrément

Registre sous régional

Date	Numéro d'enregistrement	Nom de la mutuelle et numéro d'agrément	Objet	Population cible	Localisation Ministérielle de la Tutelle	Pays

Autres registres

En plus du registre des mutuelles **A.B.** propose deux autres registres :

- registre national des structures de gestion exogènes :

Pour les mutuelles qui choisissent le principe de substitution dans la gestion, il est prévu un registre national des structures de gestion exogènes qui les identifie dans le sens de :
« structures indépendantes, avec ou sans liens capitalistiques avec les mutuelles dont elles assurent la gestion, aux capacités reconnues de gestion de contrats d'assurance maladie. »

- registre national d'enregistrement des demandes d'agrément

La CCM tient un registre où seront enregistrées, par ordre chronologique avec un numéro, les demandes d'agrément. Ce numéro sera inscrit sur le récépissé délivré à la mutuelle en attente de la réponse de sa demande d'agrément.

QUESTION 2 : Conditions d'agrément de la mutuelle (il s'agit de définir les conditions que doit remplir une mutuelle pour commencer à exister juridiquement)

2) Quels devraient-êtré les éléments devant figurer dans l'étude de faisabilité ?

A.B. souligne que l'étude de faisabilité est un élément indispensable au contrôle de la pertinence (au sens de la viabilité et de la pérennité) des demandes d'agrément de mutuelles en constitution. Il indique qu'elle devrait regrouper les informations suivantes :

- Procès-verbal de l'assemblée générale constitutive
- Présentation de la population cible
- Evaluation de la population cible
- Taux de pénétration attendu
- Zone géographique d'implantation
- Spécificités
 - Adossement à une institution de microfinance
 - Mutuelle complémentaire d'un régime public

- Présentation des organes de gouvernance et de gestion (y compris les mécanismes de substitution de gestion)
- Budget prévisionnel
- Type de risques garantis
- Type de produits proposés et détail des garanties
- Type de prise en charge mis en œuvre (tiers payant, remboursements...)
- Modalités d'indemnisation pour les autres types de risques
- Eléments de consolidation financière mis en œuvre
- Principes de répartition¹ des cotisations (prestations, fonctionnement, réserves, contributions statutaires²)
- Présentation des principes et des moyens matériels de gestion
- Statuts
- Règlement intérieur
- AGR et principes de cantonnement des activités
- Autres activités

K.S. fait remarquer que l'étude de faisabilité doit prouver la faisabilité économique et sociale du projet de mutuelle, elle va porter sur les données socio-économiques, démographiques, culturelles, politiques, législatives et réglementaires, sanitaires du milieu dans lequel la mutuelle doit intervenir. En faisant référence à la loi malienne, il cite les suivants documents comme devant faire partie de l'étude de faisabilité :

- Le PV d'une assemblée générale constitutive avec la liste des membres élus pour les organes de gestion,

¹ Selon le plan comptable français, les primes d'assurance sont ventilées entre la part de prime affectée à la prise en charge des sinistres (les prestations) et la part de prime affectée aux charges d'exploitation. Les charges d'exploitation sont à leur tour ventilées : i) frais d'acquisition des contrats, ii) frais d'administration du portefeuille, iii) autres charges techniques. Les frais de règlement des sinistres sont inclus dans le poste « charges de sinistres ».

² Il est entendu par « contributions statutaires » les contributions que la mutuelle s'engage à honorer : fonctionnement des structures faitières, rémunération des services extérieurs de gestion...

- Le rapport de l'étude faisabilité économique et sociale décrivant la population cible et les principales caractéristiques socio-économiques (offre de soins, projets de conventions...),
- Un plan d'affaires sur 3 ans (organisation et projections d'évolution) et un budget prévisionnel,
- Un compte d'exploitation prévisionnel (avec un plan comptable standardisé pour faciliter l'analyse et un calcul du ratio cotisations/prestations, montant des cotisations...),
- Les statuts
- Le règlement intérieur
- Une demande adressée à l'autorité qui délivre la pièce.

S.S. : L'étude de faisabilité est un outil qui permet d'apprécier la pertinence du futur système d'assurance, sa viabilité financière et son fonctionnement futur. Elle est le principal document de référence qui permet à l'autorité compétente de voir si l'activité d'assurance envisagée repose sur des bases techniques solides.

A ce titre, les éléments suivants doivent être pris en compte dans cette étude :

- La méthodologie de l'étude comprenant la démarche de la collecte des données et les supports de collecte;
- Description des conditions préalables de faisabilité et du contexte (démographique, social, sanitaire etc) ;
- La définition du système d'assurance incluant les scénarii de formules de couverture ainsi que le calcul des cotisations correspondantes ;
- Des recommandations quant au choix des modalités de fonctionnement du système ;
- Un business plan présentant les bilans et comptes de résultats prévisionnels sur une période de quatre années au moins.

3) L'étude de faisabilité devrait-elle être le document central à présenter pour l'agrément ? Y a-t-il d'autres documents ?

Tout en considérant l'étude de faisabilité comme le document central à présenter pour l'agrément, les auteurs indiquent également d'autres documents qui devront être soumis afin de permettre à l'autorité compétente de se prononcer en vue de la délivrance de l'agrément.

A.B. propose qu'un document de synthèse soit remis sous forme de formulaire à adjoindre à l'étude de faisabilité aux mutuelles qui veulent faire une demande d'agrément. Ce formulaire devrait permettre d'indiquer l'ensemble des informations à réunir.

Ces documents sont :

- Délibéré de l'assemblée générale constitutive
- Statuts, avec :
 - Objet, dénomination, siège social
 - Conditions et modalités d'adhésion, de suspension, de démission ou d'exclusion des membres,
 - Organes, rôles, composition et mode de fonctionnement.
- Règlement intérieur avec :
 - Définition des rôles attendus des acteurs,
 - Conditions d'adhésion,
 - Fonctionnement des organes de la mutuelle,
 - Principes de gestion financière,
 - Droits et devoirs des bénéficiaires.

K.S. estime qu'en plus de l'étude de faisabilité, la mutuelle devrait apporter des éléments de preuve relatifs à sa viabilité financière. C'est à ce stade qu'une étude économique sur la capacité à constituer un fonds d'établissement doit intervenir.

Les conditions de délivrance d'agrément intégreront :

- La constitution d'un fonds d'établissement : l'idée est de constituer un niveau de fonds propres nécessaire à la définition d'un seuil de marge de solvabilité et de pouvoir garantir le maintien de ce cap ;
- les liens d'adossement de la mutuelle à un système financier décentralisé (institution de micro finance, banque)
- la possibilité dans le plan de développement de se constituer en Union de moyens avec d'autres mutuelles. L'idée première de l'Union de moyens est de renforcer le niveau financier des mutuelles ou de constituer des mécanismes de garantie (voir infra rôle des Unions).

S.S. : En plus de l'étude de faisabilité, les documents suivants pourront être demandés :

- Le procès verbal de l'assemblée générale constitutive ;
- La composition du bureau des différents organes
- Les statuts ;
- Le règlement intérieur.

4) Doit-on prévoir d'autres procédures spécifiques d'agrément ?

Deux experts distinguent la procédure d'agrément pour les mutuelles et pour les structures faïtières.

S.S. précise qu'il devrait y avoir un agrément spécifique pour les structures faïtières, sans que toutefois des règles trop strictes ne soient imposées de sorte à ne pas entraver le regroupement.

A.B. souligne que les demandes d'agrément des organisations faïtières sont soumises à des procédures spécifiques notamment dans l'apport initial d'informations, informations qui doivent permettre de juger de la conformité aux règles de fonctionnalité de l'ensemble des mutuelles constituant le groupement.

Les informations suivantes sont à prévoir pour la demande d'agrément d'une structure faïtière:

- Procès-verbal de l'assemblée générale constitutive
- Présentation des principes d'organisation du regroupement de mutuelles
- Présentation des organes de gouvernance du regroupement
- Principes de rémunération de la structure faïtière
- Budget prévisionnel
- Champ d'activités de la structure faïtière (description des actions de la structure faïtière pour *i*) l'animation du réseau de mutuelles, *ii*) la défense de leurs intérêts et *iii*) des activités de gestion qu'elle pourrait développer pour le compte de ses organisations membres)

- Responsabilités de la structure faîtière vis-à-vis des mutuelles membres (y compris la gestion d'outils solidaires de consolidation financière et la disponibilité d'une capacité de contrôle interne)
- Obligations des mutuelles membres et notamment le compte-rendu régulier d'informations techniques et financières à la structure faîtière
- Pouvoirs de sanction à l'encontre des mutuelles qui ne respecteraient pas les principes de la réglementation prudentielle ou de la bonne gouvernance
- Pouvoirs d'arbitrage et de sanction des différends *i)* entre mutuelle, *ii)* entre les mutuelles et leur structure faîtière ou *iii)* entre les mutuelles et les prestataires de santé
- Statuts
- Règlement intérieur
- Modèle type des statuts des mutuelles membres
- Modèle type de règlement intérieur
- AGR et principes de cantonnement des activités
- Autres activités

L'expert ajoute d'autres cas de figure où une demande d'agrément spécifique sera soumise :

Les mutuelles appartenant à un regroupement

Il revient à leur structure faîtière de procéder à leur déclaration et à leur enregistrement par la CCM. Un dossier spécifique de demande d'agrément devrait être prévu afin de permettre :

- La reprise des éléments communs d'appréciation du réseau des mutuelles ;
- L'apport des éléments spécifiques d'identification et d'appréciation de la fonctionnalité de chacune des mutuelles.

Ces mutuelles sont identifiées au travers d'une codification qui fait apparaître leur appartenance à un regroupement.

Les mutuelles rejoignant un réseau

La structure faîtière se charge des procédures d'agrément en mobilisant auprès de la mutuelle l'ensemble des informations nécessaires au montage du dossier.

Les mutuelles déjà actives

Pour les mutuelles déjà actives, des principes différents sont prévus.

La mutuelle déjà active qui recherche son inscription au registre national doit fournir les informations suivantes :

- Document de demande d'agrément des mutuelles, conforme au modèle à instruire mis à disposition par la CCM
- Copie des statuts et du règlement intérieur
- Copie des éléments financiers annuels sur les trois derniers exercices ou depuis la création si la mutuelle a moins de trois ans. Au cas où un exercice complet n'aurait pas été accompli, la mutuelle transmet une copie de son budget prévisionnel.

Les structures exogènes de gestion

Pour les structures exogènes de gestion, les éléments suivants devront être fournis:

- Preuves de la disponibilité des ressources humaines adéquates à la gestion de portefeuilles d'assurés maladie ;
- Preuves de la disponibilité des matériels et logiciels de gestion ;
- Preuves de la passation d'accords contractuels avec des prestataires de santé ;
- Eléments financiers permettant de juger de la viabilité de l'organisme.

5) Sur quels éléments portera l'appréciation de l'autorité compétente en vue de la délivrance de l'agrément ?

A.B. explique que la CCM sera en charge d'apprécier :

- Taille minimale³
- Preuve de la contractualisation avec des structures de santé
- Preuve de la constitution d'un fonds de réserves
- Preuves de la contribution à un fonds de garantie ou de la souscription d'un contrat de réassurance⁴
- Mise en place des règles comptables de provisionnement :
 - Créances douteuses,
 - Sinistres à payer,
 - Sinistres en cours.
- Domiciliation bancaire (réseau bancaire ou IMF)
- Cohérence et équilibre des éléments financiers prévisionnels.
- Equilibre financier

K.S. met en relief qu'en vue de la délivrance de l'agrément l'analyse des différents éléments du dossier devra se faire à partir d'une appréciation in concreto de la démarche entamée par la Mutuelle tant vis à vis de ses adhérents que vis à vis de l'ensemble de ses partenaires.

QUESTION 3 : Diversité des risques couverts

6) Comment tenir compte de la diversité des risques couverts ?

Les experts remarquent qu'actuellement le risque le plus fréquemment couvert par les mutuelles est le risque « maladie ». Pour certains (**A.B.** et **S.S**) il est important dès à présent de tenir compte d'autres risques qui peuvent être couverts, de regrouper ces risques (par nature ou par branche) et de prévoir des règles prudentielles différentes pour chacun de ces types de risque. **K.S.** préconise par contre que les mutuelles se concentrent sur le seul risque maladie, compte tenu déjà de la complexité des règles spécifiques à ce type de risque.

³ A l'instar du code des assurances du Maroc qui impose aux mutuelles un nombre minimal de 10'000 adhérents, il semble opportun de prévoir des règles strictes déterminant le nombre minimal d'adhérents à atteindre pour prétendre à un agrément. Ce nombre pourrait être fixé à 250 membres.

⁴ Si ces éléments ne sont pas indispensables, ils contribuent à l'appréciation positive du dossier.

A.B. propose de distinguer les branches suivantes:

Branche Maladie pour la gestion des risques maladie et maternité.

Branche AT/MP pour la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ces risques sont couverts par des organismes spécialisés et concernent le secteur formel. En matière d'assurance maladie, les mutuelles peuvent ou non distinguer ces risques. En matière d'indemnisation des incapacités de travail, des contraintes spécifiques sont à prendre en compte selon la durée des engagements avec par exemple :

- Les cas de versement d'une rente : l'engagement dans la durée doit être accompagné de règles comptables strictes.
- Les cas de versement d'indemnités dont la durée est supérieure à un an : mise en place des provisions spécifiques.

Branche Vie pour la gestion des risques vieillesse, décès, invalidité. La branche Vie présente des risques similaires d'engagement dans la durée. Il doit en être tenu compte notamment par la détermination d'un cadre pérenne de consolidation financière (réassurance par exemple).

Branche IARD-T pour la couverture des biens et des activités. Cette branche se distingue des autres branches par le fait qu'elle couvre des biens et des activités et indirectement des personnes. Des problèmes spécifiques d'évaluation des sinistres se posent et en compliquent la gestion. Des engagements dans la durée sont pris au titre de la responsabilité civile pour des sinistres non évaluables puisque non encore réalisés.

Type de risque	Engagements dans la durée	Forme d'indemnité	Implications sur la gestion financière
Maladie	Courts	Demandes directes de remboursement ou principes de tiers payant	Faibles
Accidents du Travail /	Courts / Longs (s'il y a distinction des	Indemnités forfaitaires ou rentes	Faibles pour les indemnisations

Type de risque	Engagements dans la durée	Forme d'indemnité	Implications sur la gestion financière
Maladie professionnelle	principes de prise en charge des conséquences médicales, des indemnités pour journées non travaillées et de l'indemnisation des handicaps)		forfaitaires, fortes pour les indemnisations sous forme de rentes (pertes de revenus, invalidité permanente).
Vie	Courts / Longs	Indemnités forfaitaire ou rentes	Importantes : mise en place de règles de provisions.
IARD-T	Courts / Longs	Demandes directes de remboursement	Faibles sauf pour les garanties en Responsabilité Civile

K.S. rappelle l'objectif premier des règles prudentielles, qui est de préserver au mieux les cotisations et les droits à prestations des adhérents des mutuelles par la définition de règles économiques, financières et de gestion. Ainsi de manière générale, afin de garantir le maximum de l'efficacité, les règles doivent s'appliquer de manière homogène et complète à l'ensemble des acteurs intervenant sur un territoire donné sur une activité définie. Toutefois compte tenu de la particularité de l'intervention des mutuelles de santé, ses populations cibles et la mission dévolue, une application stricte et intégrale de certaines règles prudentielles pourraient avoir des effets négatifs conduisant à empêcher les mutuelles de pouvoir exercer leur activité. Les règles prudentielles doivent donc prendre en compte à la fois la spécificité des mutuelles dans le marché sur lequel elles interviennent comme de la spécificité de la santé. Il est donc préférable que les mutuelles se concentrent sur le risque santé et ne prennent pas en charge d'autres types de risques. Par contre, au sein du même risque santé, il est souhaitable d'opérer une segmentation fonctionnelle des prestations en fonction du volume d'activités des mutuelles (avec une capacité renforcée pour l'administration de tutelle) et une

plus grande harmonisation des prestations pour les mutuelles de petite taille ayant des faibles niveaux encaissement de prestations et d'encours.

S.S. souligne qu'il est important de regrouper les risques par nature et d'opérer une gestion séparée des groupes de risques obtenus. Soit par branche (comme le font les institutions de prévoyance sociale) soit en distinguant les risques « vie » et « non vie » (comme le font les sociétés d'assurance privées). Une gestion séparée des groupes de risques impliquerait également la délivrance d'un agrément différent pour chaque type de risque couvert. Cette façon de procéder est particulièrement utile en cas de difficultés majeures devant aboutir au retrait de l'agrément. La sanction envisagée ne concernerait alors que le groupe de risques incriminés.

7) Dans quelles mesure la couverture des risques liés à la personne humaine implique t-elle une distinction entre risques courts et risques longs et quelles en sont les conséquences sur les règles prudentielles ?

En partant du constat que la diversité entre risques courts et longs appelle une différence dans la gestion du risque, **A.B.** et **S.S.** avancent des propositions pour prendre en compte ces différences. **K.S.** se concentre sur le risque santé (risque court) et sur les règles prudentielles spécifiques qui doivent être appliquées à ce risque.

S.S. : L'expert commence par expliquer la différence entre risque court et risque long, ainsi que les raisons qui conduisent à avoir une gestion distincte en fonction du type de risque couvert.

L'écart temporel auquel il est fait référence par « court » ou « long » est le laps de temps plus ou moins long entre l'encaissement des cotisations et le versement des prestations. Les risques pour lesquels cet écart temporel est court (moins d'une année), sont qualifiés de risques courts à l'exemple du risque santé ou du risque accident corporel. Quand l'écart temporel est long (plusieurs années), on parle de risque long à l'exemple des risques vieillesse, invalidité ou décès. En général, les risques courts correspondent aux risques de l'assurance «non-vie» et les risques longs aux risques de l'assurance «vie».

Pour les risques courts la gestion se fait par année d'assurance. La fréquence et le coût des sinistres sont relativement constants et relativement prévisibles grâce aux statistiques.

Pour les risques longs, la souscription est faite à long terme (plusieurs années). Le risque ne peut pas être géré à l'intérieur d'une mutualité annuelle. Il peut comporter un aspect d'épargne plutôt que de risque ou un élément de risque non constant dans le temps. En effet, la probabilité de décès augmente avec l'âge de la personne assurée au fur et à mesure que sa probabilité de survie diminue.

Les caractéristiques ci-dessus évoquées imposent aux mutuelles qui gèrent des risques longs:

- De déterminer les engagements futurs calculés selon des méthodes actuarielles. Le choix d'une table de mortalité et d'un taux d'intérêt technique pour ce calcul devrait relever des règles prudentielles ;
- De faire figurer à l'actif de leurs bilans les placements représentatifs des engagements financiers à long terme.

Pour les mutuelles qui gèrent des risques courts, elles doivent prévoir une réserve de sécurité susceptible :

- de faire face aux écarts statistiques entre recettes et cotisations. Cette réserve est constituée dans le but de maintenir stable le taux de cotisation sur un certain nombre d'années ;
- constituer des provisions représentant la valeur estimative des sinistres que la mutuelle est engagée à payer et faire figurer au bilan les placements représentatifs de ces engagements.

A.B. :

L'auteur met en exergue que le type différent de risques couverts (court ou long) aura des répercussions sur les règles prudentielles à deux niveaux :

<i>Organisationnelle</i>	<i>Technique</i>
Procédures spécifiques d'agrément par	Mise en place de provisions :

branche d'assurance : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maladie ▪ AT/MP ▪ Vie ▪ IARD-T 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Provisions mathématiques ▪ Provisions pour risques en cours ▪ Provisions pour sinistres à payer
Distinction par branche d'assurance <ul style="list-style-type: none"> ▪ Référentiel comptable à aménager ▪ Elaboration d'indicateurs spécifiques 	Adaptation des modes d'indemnisation : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Remboursements forfaitaires directs ▪ Rentes
Adaptation de la capacité de contrôle	Procédures de sécurisation financière à long terme (sous forme de réassurance ou de placements contingentés)

K.S. explique que l'un des aspects qui doivent être spécifiquement pris en compte par les règles prudentielles pour le risque santé concerne les provisions techniques. La santé étant définie comme un risque court ou pouvant être réévalué à des fréquences ou échéances définies ou fixées par terme, certaines règles prudentielles spécifiques seront alors nécessaires. L'aspect provisions techniques est principalement concerné car le ratio P/C étant connu à l'avance un risque majeur avec une sinistralité accrue sur un panier de prestations limitées pourra être corrigé par :

- un niveau de réserves adéquat
- par la possibilité du rappel de cotisations
- enfin par l'augmentation par l'AG successive de montant de la cotisation.

Les calculs de provisions varieront en fonction de la durée des risques et répondront à des exigences de placements différents. Cette différence d'approche entre risques courts (santé et incapacité dans une mesure particulière) et risques longs comme la retraite ou le décès milite à elle seule pour exclure la gestion de ces deux risques dans une seule et même structure juridique.

Il pourra être admis dans des cas très strictement encadrés par la loi et par l'autorité de contrôle que des prestations d'incapacité soient exercées au titre de la continuité de l'activité santé.

Dans ce cas il est impérativement recommandé que les prestations se fassent sur bases forfaitaires (X FCFA pour une durée d'arrêt). Il faudra qu'en outre une limite de temps soit définie car au-delà d'un délai défini il s'agira d'une situation d'invalidité (risque long avec provisions longues et spécifiques)⁵.

En ce qui concerne le décès, il faudra distinguer entre la prestation obsèques qui pour être admise devra être nécessairement forfaitaire et plafonnée de manière stricte (ex : 100 000 FCFA). Si tel devait être le cas elle devra être renommée et placée en prestation annuelle et reconductible.

placée en prestation annuelle et reconductible.

Indiquez dans vos réponses aux questions suivantes là où il faudra adapter la réponse en fonction du risque couvert. Actuellement les risques couverts par les mutuelles sont la santé, le décès et la retraite. Le décès et la retraite sont actuellement couverts sous forme de versement de sommes forfaitaires. La question pourrait être élargie aux risques incapacité de travail et invalidité.

QUESTION 4 : Référentiel comptable minimum

Un système comptable permet une gestion transparente d'une mutuelle. Il est nécessaire que toute mutuelle tienne une comptabilité. Toutefois les mutuelles n'ont pas toutes la même capacité à mettre en place et à gérer un système comptable.

8) Quelles sont les informations que les mutuelles devraient produire afin qu'un suivi et un contrôle soient possibles (ex. produire un budget, des états financiers (bilan, compte résultat) ?

⁵ Elle sera en effet plafonnée et limitée dans le temps. En France, l'incapacité est limitée à 3 ans ensuite la personne assurée est considérée basculer dans un système d'invalidité, branche d'activité différente et spécifique. Obligation est faite pour les mutuelles de provisionner intégralement les engagements couvrant la période de trois ans (il existe plusieurs modes de calcul de ces provisions). Le système sera soit forfaitaire soit indemnitaire.

Les trois experts indiquent une série, plus ou moins longue, de documents à produire par la mutuelle.

A.B. indique que les informations élémentaires suivantes doivent être recueillies, enregistrées et classées par toute mutuelles :

- Compte d'exploitation prévisionnel ou budget
- Journal de caisse
- Journal de banque
- Pièces justificatives
- Procès-verbal de vérification de caisse
- Rapprochement bancaire
- Compte de résultat
- Livre d'inventaire
- Bilan

(pour plus de détails sur chacun de ces documents voir documents en annexes)

K.S. rappelle qu'un référentiel comptable constitue la deuxième étape d'intégration régionale. Il est indispensable qu'il soit adopté dès le premier niveau d'intervention d'une mutuelle afin d'enregistrer les opérations de base (encaissements de cotisations/ engagements de la mutuelle/ activités courantes).

La mise en place d'un contrôle et un suivi efficace suppose que les mutuelles produisent les éléments suivants :

- un budget programme
- un bilan
- le rapport d'activités
- le compte de résultats

S.S. : L'expert remarque que le suivi et le contrôle ont pour but d'encadrer l'activité des mutuelles et de veiller à l'application effective des lois et règlements. Ils permettent de prévenir les dérapages éventuels en matière de gestion, de prendre des mesures conservatoires et de protéger ainsi les intérêts des adhérents.

Le contrôle et le suivi nécessitent la production périodique d'un ensemble de documents par la mutuelle. Ces documents concernent principalement:

- Le budget annuel et le rapport d'exécution budgétaire pour suivre les écarts entre les prévisions et les réalisations ;
- Les états financiers pour avoir la situation des ressources de la mutuelle et la manière dont ces ressources sont utilisés. Ils permettent aussi de voir si l'activité de la mutuelle dégage des moyens financiers suffisants pour couvrir les engagements en prestations ;

Des états statistiques concernant le suivi mensuel des adhérents, des cotisations, des demandes de prises en charge et des relations avec l'offre de soins. Des modèles d'états statistiques devraient être élaborés à cet effet et figurer en annexes aux textes réglementaires. Ces documents constituent la première source d'information pour le calcul des indicateurs de gestion et l'appréciation de la solidité et de la viabilité financières de la mutuelle.

9) Faut-il tenir compte de la capacité différente des mutuelles à mettre en place et à gérer un système comptable ?

Si oui, comment ? Par l'introduction de paliers ? Sur quelle base : volumes d'activités, taille, nombre de prestations ? Par l'obligation d'assistance soit par une union à laquelle elle est adossée, soit par une expertise externe ?

Les auteurs semblent s'accorder sur le fait qu'il est essentiel d'exiger de toute mutuelle la tenue d'une comptabilité minimum et la production d'un certain nombre d'informations. L'idée de différencier le type de comptabilité à tenir en fonction du volume d'activité de la mutuelle est défendue par **K.S.** et **S.S.** **A.B.** lui considère que toutes les mutuelles doivent être soumises aux mêmes règles.

A.B. rappelle qu'étant donné que les mutuelles ont pour vocation de recueillir les cotisations de leurs adhérents pour leur offrir en échange des prestations d'assurances, une maîtrise simple mais complète des outils fondamentaux de la gestion de trésorerie est absolument nécessaire. La base comptable commune nécessaire pour pouvoir suivre et

contrôler l'activité des mutuelles de santé⁶ est donc le système comptable minimum décrit ci-dessus. Selon l'auteur, aucune mutuelle ne doit pouvoir obtenir son agrément si elle ne dispose pas d'une personne capable d'accomplir ces tâches comptables élémentaires.

S.S. insiste sur le fait qu'il est nécessaire d'assujettir toutes les mutuelles à la production d'états financiers même s'il faudra tenir compte du volume de leurs tailles dans la production de telle ou telle information. Ainsi, il sera demandé aux mutuelles de petite taille (moins de 500 adhérents par exemple) de produire les états financiers selon un système comptable simplifié à définir.

Dans le même sens, **K.S.** rappelle que le volume d'activités des mutuelles est un critère important pour la mise en place des référentiels comptables communs. Il est évident que les petites structures ne pourront pas mettre en place des solutions complexes. Néanmoins, il faut que les systèmes comptables minimum soient les plus harmonisés et homogénéisés possibles.

Les trois auteurs se rallient sur le rôle central qui revient aux structures faîtières en tant que structures qui peuvent appuyer les mutuelles dans leurs tâches de gestion.

Ainsi, **A.B.** considère que les mutuelles à leur niveau doivent établir et tenir à jour les éléments comptables obligatoires décrits ci-dessus, quelles que soient leur taille, leur prestations, leur volume d'activités et le fait qu'elles soient adossées ou non à une structure faîtière. Par contre, les structures faîtières, qui regroupent plusieurs mutuelles en réseau, doivent tenir une comptabilité conforme aux exigences de l'Acte Uniforme de l'OHADA et présenter en particulier un bilan consolidé de son réseau, établi à partir des états de synthèse (comptes de résultat, bilans simplifiés) produits par chacune des mutuelle qu'elle regroupe. Si la structure faîtière ne peut pas prouver qu'elle dispose des capacités internes pour mettre en place et exploiter un système comptable conforme aux exigences du traité de l'OHADA, elle devra, pour obtenir ou conserver son agrément, faire appel à une expertise comptable externe agréée.

K.S. insiste sur la fonction structurante d'un regroupement qui se comprend comme celle d'une montée en gamme de services proposés à ses membres (ici les mutuelles) par une

⁶ La diffusion de contrats d'assurance relevant d'autres branches que la branche maladie imposerait la définition de bases comptables spécifiques.

Union. Ainsi une Mutuelle de base pourra avoir les fonctions comptables minimum (standardisées) ; une Union de mutuelles pourra adopter un plan de comptes ou fonctions comptables partagées; une Union technique ou une Fédération pourra apporter un service d'appui aux Mutuelles via un transfert de compétences vis à vis des membres. Une approche combinée avec les services de Garantie sera à faire

Dans le même sens, S.S. indique que la loi se contentera d'imposer aux mutuelles l'obligation de produire des états financiers. Libre à elles de se faire assister par une union à laquelle elle est adossée ou de recourir à une expertise externe.

9bis) Est-ce opportun de prévoir un plan comptable harmonisé ? Si oui, comment le mettre en place (système simplifié SYSCOA ? OHADA ? CIPRES ? En ayant recours à un expert ?

Les trois auteurs reconnaissent qu'un plan comptable harmonisé et simplifié propre aux mutuelles serait opportun. Pour ce faire, plusieurs propositions sont avancées :

S.S. considère que le système SYSCOA qui s'applique aux entreprises industrielles et commerciales n'est pas le mieux indiqué. Le système comptable à définir doit tenir compte de la spécificité de l'activité des mutuelles, en l'occurrence l'activité d'assurance.

Toutefois, le système CIPRES à lui seul ne permet de résoudre le problème car la garantie de l'Etat et le caractère obligatoire de l'assurance ont certainement influencé la définition des postes du passif du bilan qui ne prévoit pas la constitution de réserves ou provisions correspondant aux engagements futurs ainsi que la méthode de comptabilisation y relative.

Le système CIMA à lui seul ne convient pas non plus. Au niveau du plan comptable CIMA en effet, les préoccupations d'ordre fiscal ont relégué au second plan certaines règles liées à la constitution de réserves de sécurité qui permettrait pourtant de faire face à des déséquilibres conjoncturels.

L'élaboration d'un système comptable harmonisé propre aux mutuelles devrait ainsi prendre appui, sans s'y conformer entièrement, sur les systèmes comptables CIPRES et CIMA.

Pour **K.S.** le choix du plan comptable SYSCOA ou CIPRES devra se faire selon de critères à définir dans une analyse plus poussée. Il y a un critère qui doit rester présent et qui traite des spécificités des mutuelles de santé et de leur mise en place à terme d'une assurance maladie ou une intégration dans des structures relevant de la CIPRES en tant qu'institutions

A.B. considère lui aussi qu'il est essentiel de prévoir un système comptable harmonisé qui permettra une supervision simplifiée et des comparaisons cohérentes entre mutuelles.

Mais étant donné que les comptes utilisés par le système comptable (décrit ci-dessus) sont des comptes de gestion de trésorerie qui servent à la détermination du résultat et ne permettent pas la balance de comptes (ils ne possèdent pas de comptes réciproques), on ne peut pas à proprement parler de plan comptable.

En revanche on peut harmoniser les classes d'imputation des mouvements comptables en proposant la ventilation qui est indiquée dans les documents comptables minimum. L'auteur propose ainsi les classes d'imputation suivantes :

- Pour les comptes de charges :
 - Remboursement des adhérents
 - Paiement des prestataires de santé
 - Salaires ou indemnités
 - Loyers, eau, électricité
 - Frais de déplacement
 - Frais liés à la gouvernance (Assemblées Générales, réunions...)
 - Fournitures de bureau
 - Courrier et télécommunication
 - Frais de formation et de promotion
 - Expertise externe
 - Investissements

- Charges financières
- Charges exceptionnelles

- Pour les comptes de produits :
 - Cotisations
 - Droits d'entrée ou d'adhésion
 - Dons et subventions
 - Produits financiers
 - Produits exceptionnels

- Pour les mouvements internes :
 - Virement compte prestations,
 - Virement compte fonctionnement,
 - Virement compte de réserves,
 - Virement compte de contributions statutaires.

Ces comptes permettent une gestion simple, claire, transparente de la mutuelle et de révéler d'éventuelles dérives dans la gestion.

Les mutuelles qui souhaitent raffiner ces comptes peuvent créer autant de sous-comptes qu'elles jugent nécessaires.

Tenue des registres

Les mutuelles doivent tenir à jour les registres suivants :

- Registre des adhésions
- Registre des cotisations
- Registre des sinistres

Conservation des pièces comptables

Les mutuelles sont soumises à une obligation décennale de conservation des pièces comptables et notamment des éléments relatifs aux adhésions, cotisations et sinistres.

Les éléments suivants devraient être conservés :

- Etats financiers annuels
- Registres des adhésions
- Registres des cotisations
- Registres des sinistres
- Pièces comptables (reçus de paiement, factures...)
- Journaux de caisse
- Journaux de banque
- Pièces justificatives du règlement des sinistres⁷

Les structures faîtières (fédérations, unions, groupements de mutuelles) sont, on l'a vu ci-avant, assujetties aux dispositions de l'Acte Uniforme de l'OHADA : elles devront se conformer au plan comptable SYSCOA.

⁷ Dans le cas des IMA retenant le principe de substitution de gestion, c'est le délégataire de gestion qui conserve pour compte ces pièces justificatives.

QUESTION 5 : Règles de sécurisation financière

10) Disponibilité financière en début d'exercice pour les mutuelles, unions et autres regroupements

a) Cette sécurisation est-elle nécessaire ?

Les trois auteurs considèrent que des règles de sécurisation financière sont nécessaires afin d'accroître les chances que les mutuelles soient viables et donc aptes à faire face à leurs engagements.

A.B. souligne qu'aucun système de surveillance ne garantit une protection totale des mutuelles et il importe donc de prévoir un système de sécurisation qui doit être pour partie réglementé (notamment par la constitution obligatoire de fonds de réserve à partir des cotisations) et pour partie laissé à l'appréciation des mutuelles (réassurance, fonds de garantie, contribution plus élevée au fonds de réserve).

La consolidation financière des mutuelles doit tenir compte de deux contraintes :

- Une contrainte réglementaire qui impose la constitution d'une marge de solvabilité donc un niveau minimum de fonds propres ;
- Une contrainte économique dont la réalisation serait la ruine ou la faillite de l'institution.

S.S. explique que compte tenu de l'inversion du cycle de production, une mutuelle bâtit son tarif sur la base de la fréquence annuelle de sinistres attendus. Comme le rythme de survenance des sinistres n'est pas uniforme au cours de l'année, il est possible d'observer une fréquence supérieure à la moyenne annuelle en début de période et une fréquence inférieure en fin d'exercice. S'il en est ainsi, les cotisations encaissées en début de période ne suffiraient pas pour couvrir les sinistres survenus en cette période. Par simple malchance, la mutuelle se trouverait ainsi ruinée dès l'entame de ses activités. Pour éviter une telle situation, il est nécessaire de prévoir une sécurisation financière en début d'exercice.

b) Doit-elle se faire par le biais d'un fonds d'établissement ? Comment ce fonds devrait-il fonctionner ? Quel devrait être son volume ?

Sur le fait que cette sécurité financière doive être constituée par le biais d'un fonds d'établissement les avis sont partagés. **A.B.** n'y est pas favorable, alors que les deux autres experts penchent pour la constitution d'un tel fonds.

A.B. met en avant le fait que la disponibilité financière n'a d'intérêt que dans la mesure où elle permet d'optimiser les chances de viabilité des mutuelles. Elle ne devrait pas être entendue comme une barrière d'accès mais comme une garantie de bonne fin de la mobilisation des ressources liées à la gestion de l'outil d'assurance. Les ressources financières en début d'exercice sont difficilement mobilisables par les mutuelles qui, pour bénéficier de liquidités de trésorerie, sont soumises dans la majeure partie des cas à l'encaissement des droits d'adhésion et des premières cotisations. Rendre obligatoire la mobilisation d'un fonds initial de démarrage (fonds d'établissement) est un risque important de démobilité des mutuelles.

Les deux autres experts sont par contre en faveur de la constitution d'un fonds d'établissement.

K.S. considère que la sécurisation de départ peut se faire par fonds d'établissement dont le volume sera égal au montant de la prise en charge des soins des membres pour une période d'au moins deux mois. Le fonds sera principalement constitué des droits d'adhésion que

certaines mutuelles font payer à leurs membres, soit une fois pour toute soit à échéance régulière. Une autre source du fonds d'établissement pourrait être un compte spécial d'affectation des réserves (dans le cas de mutuelles de taille modeste ou avec un faible niveau de prestations). Cette possibilité est encadrée de manière particulière car elle nécessite une autorisation expresse du Ministre de Tutelle.

Les fonds d'établissement, une fois constitués, vont représenter les fonds propres de la mutuelle et de ce fait nécessaire pour le calcul de la solvabilité.

L'objectif principal poursuivi pourrait être présenté sous trois angles cumulatifs :

- évaluation correcte des engagements (provisions) : dettes à payer vis-à-vis des adhérents par exemple sous forme de prestations ;
- placements sûrs et liquides : constitution d'une trésorerie qui permette de faire face aux dépenses correspondant aux prestations à payer
- définition d'un niveau de réserves (légal, libres ou dans certains cas en affectation à des provisions pour risques à définir). Il s'agira notamment du cas des activités génératrices de revenus dans le domaine agricole où une assurance peut rationaliser un certain nombre de risques (risques industriels, risques pertes d'exploitations ou de dépréciations). Des provisions exceptionnelles peuvent être envisagées.

S.S. estime que la sécurisation financière peut se faire par le biais d'un fonds d'établissement constitué par l'intermédiaire de subvention ou d'emprunt (à amortir progressivement) ou à travers les droits d'adhésion.

Au niveau des assurances privées, le code CIMA prévoit la constitution d'un fonds d'établissement d'un montant égal à 500 millions de CFA pour les sociétés anonymes et 300 millions de CFA pour les sociétés d'assurance mutuelle. Pour les mutuelles de santé ce montant devrait être fixé à un niveau raisonnable pour ne pas constituer un handicap à la mise en place des mutuelles. Il n'existe pas de méthode scientifique pour fixer ce montant « raisonnable » mais nous estimons qu'il ne devrait pas dépasser 500 mille FCFA.

Le fonds d'établissement ainsi constitué devrait figurer au passif du bilan des mutuelles avec sa contrepartie à l'actif sous forme de placements réglementés.

c) Doit-elle se faire par un autre moyen?

A.B. propose de prévoir l'obligation de perception par les mutuelles de droits d'adhésion qui constitueraient une réserve financière. Cette disponibilité financière pourrait être constituée progressivement au cours du premier exercice d'activités par les droits d'adhésion qui abonderaient spécifiquement ce compte.

S.S. indique que la sécurisation financière ne doit pas se faire uniquement par constitution d'un fonds d'établissement. Elle peut se faire, et c'est la pratique à l'heure actuelle, par l'institution d'une période d'observation, période au cours de laquelle l'adhérent va cotiser sans pouvoir bénéficier de prestations. Cette façon de procéder à l'avantage d'éviter un apport de fonds souvent difficile à réaliser pour les petites mutuelles. Elle permet aussi la constitution progressive du matelas financier.

11) Réserves

a) Quel type de réserves la mutuelle doit-elle constituer : légale ? statutaire ?

Les experts se prononcent tous en faveur de la constitution obligatoire de réserves par la mutuelle qu'ils nomment de différentes façons.

A.B. considère que les mutuelles ont pour obligation légale de constituer un fonds de réserves. Les mutuelles qui le souhaitent peuvent affecter une quote-part de prime supplémentaire à l'abondement du fonds de réserves. Les statuts des mutuelles doivent être aménagés en ce sens. Si une mutuelle souscrit un contrat de réassurance, l'opportunité du fonds de réserves peut être discutée. Des principes dérogatoires pourraient être aménagés afin d'éviter une redondance des charges de consolidation financière qui pourrait s'avérer inutile.

K.S. soutient que la mutuelle doit constituer une réserve légale. Ces sommes de réserves sont affectées aux fonds propres de la mutuelle nécessaires au calcul de la marge de solvabilité. Les statuts peuvent prévoir également que d'autres réserves soient mises en place. On parlera alors de réserves statutaires ou libres qui servent à constituer un matelas de sécurité financière

supplémentaire utile en cas de taux de sinistralité anormal ou atténuer l'impact d'une épidémie.

S.S. explicite la raison d'être des réserves et avance des propositions pour la constitution de réserves de différents types.

L'expert commence par expliquer qu'en raison de l'inversion du cycle de production, l'activité d'assurance est soumise à un régime financier tout à fait spécifique. Qu'il s'agisse des assurances sociales ou des assurances privées ou encore des mutuelles, la prime ou cotisation est encaissée d'avance pour un sinistre qui sera payé plus tard s'il se réalise, et dont on ignore le coût.

C'est pourquoi, les législations imposent aux compagnies d'assurance ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale la constitution de réserves financières dans le but de pouvoir assurer, en toute circonstance, l'intégralité des engagements pris. A cet effet deux catégories de réserves sont généralement constituées : les réserves correspondant à des engagements et celles ne correspondant pas à des engagements.

Dans le cas des mutuelles ces deux catégories de réserves peuvent être retenues mais il convient de tenir compte de certains éléments caractéristiques du secteur de la mutualité. Il s'agit de :

- l'absence de garantie de la puissance publique à la différence des organismes de sécurité sociale ;
- le caractère volontaire des adhésions ;
- l'absence de sélection ;
- le caractère viager du contrat.

En vertu de ces caractéristiques, les réserves suivantes sont proposées :

En ce qui concerne les réserves se rapportant à des engagements, on peut retenir :

- **la réserve de primes** constituée pour couvrir les risques en cours à la date d'inventaire, mais pour lesquels des cotisations ont déjà été versées. Cette réserve est

constituée pour les garanties se rapportant à la maladie, aux accidents ainsi qu'à tous les risques qualifiés de court.

- **la réserve de sinistres** constituée pour couvrir les sinistres survenus mais non encore réglés et les sinistres tardifs. Cette réserve est constituée pour les garanties se rapportant à la maladie, aux accidents ainsi qu'à tous les risques qualifiés de court.
- **La réserve actuarielle** constituée pour faire face aux engagements futurs de la mutuelle pour ce qui concerne les risques qualifiés de longs tels que la retraite, le décès ou l'invalidité.

Quant aux réserves ne correspondant pas à des engagements, on peut retenir :

- **la réserve de sécurité** constituée pour faire face aux fluctuations inattendues des niveaux de cotisations et/ou des prestations (erreurs d'estimation des fréquence et coût moyen).
- **des réserves statutaires ou facultatives** pour le financement d'une action sanitaire et sociale par exemple

b) Quel est le mode de calcul pour la constitution de chacune de ces réserves ? Indiquez notamment le montant en pourcentage et la base sur laquelle se calcule ce pourcentage.

Les experts proposent des taux et des modes de calculs sensiblement différents.

A.B. estime que le taux minimal de contribution au fonds de réserves est de 7% des cotisations encaissées. Les mutuelles qui le souhaitent peuvent majorer ce taux. Les mutuelles en regroupement peuvent constituer des fonds fédéraux de réserves dont les mécanismes de fonctionnement et d'abondement restent soumis à l'appréciation des regroupements.

La gestion des excédents doit elle aussi être encadrée.

Les excédents d'exploitation devraient être affectés en réserves selon le calcul suivant :

- Si l'excédent est inférieur à la moyenne du montant trimestriel des sinistres payés l'année précédente, alors 100% de l'excédent est affecté en réserves
- Si l'excédent est supérieur à la moyenne du montant trimestriel des sinistres payés l'année précédente, alors ce montant moyen est affecté en réserves et le solde de l'excédent étant affecté à 50% en réserves et 50% librement. (i.e. les fonds en excès peuvent être affectés à des opérations d'investissement).

K.S. propose qu'un forfait d'au moins 20% des résultats nets (soit les excédents techniques de la gestion de l'activité) sera affecté à la réserve légale. Pour ce qui est des réserves statutaires ou libres les mutuelles décident librement en Assemblée Générale les pourcentages d'affectations de leurs bénéficiaires en réserves. L'affectation à un compte de réserves peut intervenir, dans des cas très limités, dans la constitution d'une partie du fonds d'établissement et avec une autorisation expresse et exceptionnelle du Ministre chargé de la Mutualité. Il s'agit des cas où la taille de la mutuelle (ou de l'union) ne lui permet pas de constituer un fonds d'établissement (au moins 50% du fonds doit être constitué avant et le complément est rempli par l'affectation de la réserve) avant la demande d'agrément.

S.S. explique que le mode de calcul pour la constitution des réserves ci-dessus identifiées est fondé sur la législation en vigueur au niveau des organismes de sécurité sociale et les entreprises privées d'assurance.

Ainsi on a :

- pour **les réserves de cotisations** : l'application de la méthode *pro rata temporis* pour déterminer la portion de prime qui correspond à des risques situés au delà de la date d'inventaire.
- Pour **les réserves de sinistres** : Pour obtenir le montant de cette réserve, on évalue dossier par dossier, le coût des sinistres restant à payer à la date d'inventaire. Ces sinistres sont relatifs à ceux survenus mais non encore réglés et à ceux survenus mais non encore connus de la mutuelle.
- Pour **la réserve actuarielle** : l'évaluation est effectuée en utilisant des méthodes actuarielles. Cette réserve est égale à la différence entre la valeur présente des engagements futurs de la mutuelle et la valeur présente des engagements futurs de

l'adhérent. Cette réserve est calculée à l'aide d'une table de mortalité et d'un taux d'intérêt technique agréés par l'autorité compétente.

- Pour **la réserve de sécurité**, son montant minimum est égal à la moitié de la moyenne annuelle des prestations des deux exercices précédents. La réserve de sécurité correspond en fait à un semestre moyen de prestation. Elle peut être constituée de manière progressive par les excédents éventuels des cotisations sur les prestations ou par affectation d'un certain pourcentage de la cotisation.
- Pour **la réserve facultative** : cette réserve ne doit pas être constituée au détriment des autres. Elle devrait être constituée après que toutes autres réserves eussent été constituées au moyen d'éventuel excédent de cotisations sur les prestations. Son montant maximal ne devrait pas dépasser 10% des prestations de l'année précédente.

12) Ratios financiers, administratifs et techniques permettant d'apprécier le fonctionnement de la mutuelle (voir guide jaune de suivi et évaluation des systèmes de micro-assurance STEP-CIDR)

c) L'établissement de ces ratios doit-il être obligatoire ?

Ces ratios devront être simples afin de faciliter le contrôle

Les trois experts s'accordent sur le fait que les ratios sont des indicateurs de la viabilité de la mutuelle. Ils permettent à la mutuelle de bénéficier d'indicateurs de pilotage de son activité et revêtent une importance fondamentale dans l'exercice des fonctions de contrôle de la mutuelle par l'autorité compétente. Ils doivent donc avoir un caractère obligatoire.

S.S. précise que les caractéristiques générales que l'on recherche pour un indicateur ou un ratio sont les suivantes :

- sa simplicité ;

- sa pertinence,
- la qualité et la précision de sa mesure,
- sa faisabilité,
- la facilité d'interprétation et d'utilisation

Le document « Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé » propose un nombre important d'indicateurs relatifs à la viabilité administrative, financière et technique.

b) Si oui, définissez, à partir des propositions avancées en annexe, des ratios de :

d) Viabilité financière

A.B. propose les ratios suivants :

<i>Indicateur</i>	<i>Norme</i>	<i>Calcul</i>
Ratio de liquidité immédiate	> 1	$\frac{\text{Avoirs en caisse + Avoirs en Banque)}}{\text{Dettes à court terme}}$
Ratio de capitaux propres	> 100%	$\frac{\text{Capitaux propres}}{\text{Dettes}} * 100$
Ratio de couverture des charges - Taux de réserves	50% ou 6 mois	$\frac{\text{Réserves}}{\text{Charges en prestations}} * 100$ $\frac{\text{Réserves}}{\text{Charges en prestations}} * 12$
Ratio d'exploitation	> 1	$\frac{\text{Cotisations acquises}}{\text{Charges d'exploitation}}$
Ratio de sinistralité	$\leq (1 - \text{tx de chargement})$	$\frac{\text{Prestations totales}}{\text{Cotisations acquises}} * 100$
Ratio combiné de sinistralité	≤ 1	$\frac{\text{Charges en prestations +Autres charges}}{\text{Primes acquises}}$
Taux de chargement brut	Pas de norme	$\frac{\text{Total des charges}}{\text{Total des primes collectées}} * 100$

<i>Indicateur</i>	<i>Norme</i>	<i>Calcul</i>
Taux de financement propre	> 100%	$\frac{\text{Total des produits avant subvention}}{\text{Total des charges}} \times 100$
Ratio de solvabilité	> 1	$\frac{\text{Total des réserves en année N}}{\text{Total des réserves en année N-1}}$

Cotisations acquises : cotisations nettes de ristournes, de prélèvements fiscaux et de réassurance.

Produits : cotisations et revenus des placements hors activités génératrices de revenus

Prestations : sinistres dus au titre des contrats d'assurance

K.S. propose les ratios suivants :

- Taux de recouvrement des cotisations ;
- Taux des ressources utilisées pour les prestations ;
- Taux des ressources utilisées pour le fonctionnement ;
- Taux des bénéfices affectés aux réserves ;
- Taux des bénéfices placés

S.S. précise que les indicateurs de viabilité financière proposés par le « Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé » se rapportent au ratio de liquidité immédiate, au ratio de capitaux propres, au ratio de couverture des charges, le ratio de sinistralité et le ratio des frais de fonctionnement. Ces ratios sont calculés à partir du bilan et/ou du compte de résultat.

Si ces ratios sont simples à calculer, ils ne paraissent pas tous pertinents si l'on se réfère à l'activité d'assurance pratiquée par les mutuelles. C'est le cas des ratios de liquidité et de trésorerie. Le calcul de ce type de ratios confirmera quelque chose de connu : du fait de l'inversion du cycle de production, une mutuelle ne peut avoir des problèmes de trésorerie imputables à son activité d'assurance qui consiste à encaisser des cotisations avant de procéder au règlement des sinistres.

C'est en vertu de telles considérations que les organismes de contrôle des institutions de sécurité sociale et ceux des entreprises privées d'assurance, n'utilisent pas les ratios de liquidité et/ou de trésorerie pour apprécier la viabilité financière.

Par ailleurs, il convient de relever que les ratios utilisés dans le document « Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé » ont été proposés sur la base d'un modèle de bilan et de compte de résultat très proche de celui utilisé par les entreprises industrielles et commerciales.

C'est peut-être pourquoi, les cotisations se rapportant à des risques situés au-delà de la date d'inventaire sont comptabilisées dans un compte de régularisation comme des produits constatés d'avance alors qu'elles auraient pu être considérées comme des réserves correspondant à des engagements ayant leur contrepartie réglementée à l'actif.

Si l'on se réfère au modèle assurantiel et si l'on tient compte du fait qu'une mutuelle peut couvrir des risques autres que la maladie, le bilan ainsi que le compte de résultat pourraient se présenter de la façon suivante :

Bilan

Passif

Fonds d'établissement

Subventions

Réserves ne correspondant pas à des engagements

Réserves correspondant à des engagements

Autres passifs (Dettes vis-à-vis de tiers, etc.)

Actif

Placements

Créances de cotisations

Produits financiers acquis non échus

Autres actifs

Compte de résultats

Produits

Cotisations acquises

Produits financiers

Autres produits

Charges

Prestations

Augmentations des réserves de sinistres

Frais d'exploitation

Autres charges

Excédent/déficit

En rapport avec cette présentation des états financiers, les ratios suivants sont proposés :

Intitulé	Mode de calcul	Sources d'informations	Interprétation
Ratio de structure de l'actif	$\frac{\textit{Placements}}{\textit{Actifs rémunérables}}$ Ce ratio doit être proche de 100%	Bilan	Fournit une indication sur la propension de la mutuelle à investir en placements générateurs de produits financiers la plus grande part possible de son actif, plutôt que d'en laisser une grande partie en « friche ».
Ratio de marge de sécurité comptable	$\frac{\textit{FE+Reserves Sécurité}}{\textit{Réserve d'engagements}}$	Bilan	Il représente la marge de sécurité supplémentaire permettant de compenser une éventuelle insuffisance

			des réserves d'engagements.
Ratio de couverture des engagements	$\frac{\text{Placements} + \text{PFANE}}{\text{Réserves d'engagements}}$	Bilan	Il fournit le degré de couverture des engagements par les placements
Ratio de solvabilité	$\frac{\text{Réserves d'engagements}}{\text{Cotisations acquises}}$	Bilan + CdR	Ce ratio est significatif de la capacité de la mutuelle à constituer des réserves d'engagements
Ratio de créances de cotisations	$\frac{\text{Créances Cotisations}}{\text{Cotisations encaissées}} \times 365$	Bilan + CdR	Ce ratio renseigne sur la capacité de la mutuelle à recouvrer rapidement les cotisations.
Ratio de frais de gestion	$\frac{\text{Charges gestion}}{\text{Cotisations acquises}}$ ce ratio devra être inférieur à 15%	CdR	Ce ratio est significatif de la part des cotisations affectées à la gestion administrative courante de la mutuelle.
Ratio de sinistralité	$\frac{\text{Prestations totales}}{\text{Cotisations acquises}}$ Ce ratio devra être compris entre 65% et 75%	CdR	Ce ratio indique la capacité de la mutuelle à faire face aux dépenses de prestations à partir des ressources stables c'est à dire les cotisations.
Taux de réserve	$\frac{\text{Réserves Sécurité}}{\text{Charges Prestations CT}}$ Ce taux doit être supérieur ou égal à 50%.	Bilan + CdR	Ce ratio mesure le degré de couverture des charges en prestations par les réserves de sécurité

e) Viabilité administrative

A.B. considère que la viabilité administrative ne devrait pas entrer dans le champ de la réglementation et être soumise à un contrôle externe. Il est en revanche important que les mutuelles se préoccupent de leur viabilité administrative et qu'elles intègrent cet audit de viabilité dans les procédures de contrôle interne.

Au-delà des indicateurs classiques, tels ceux émis par le « Guide de suivi et évaluation des systèmes de micro-assurance » il est également important que les mutuelles procèdent au calcul d'indicateurs de performance. Cela favorise l'adoption de mesures de pilotage des activités, renforce la transparence dans le sens d'une meilleure information des assurés et facilite la lecture des résultats des mutuelles en regroupement.

L'homogénéisation des indicateurs de performance favoriserait les lectures transversales et l'émission de recommandations en tenant compte d'expériences variées. Une structure comme « La Concertation », réseau de partage d'expériences et d'informations sur les mutuelles de santé, pourrait tenir ce rôle.

A titre d'exemple, il pourrait être retenu des groupes d'indicateurs :

- Indicateurs d'activité
- Indicateurs de qualité du portefeuille
- Indicateurs de productivité
- Indicateurs de rentabilité
- Indicateurs de viabilité

Certains de ces indicateurs se recoupent avec les indicateurs utilisés pour estimer la viabilité financière et la viabilité technique. Ils devraient être présentés dans un rapport spécifique de « performance » dont la gouvernance des mutuelles serait destinatrice.

Quant à **K.S.**, il suggère les ratios suivants :

- Taux de réalisation des réunions statutaires ;
- Taux de participation des membres aux réunions ;
- Taux de PV de réunion disponibles ;
- Taux d'utilisation des documents comptables

S.S. explique que les indicateurs de viabilité administrative permettent de mettre en évidence certaines carences de gestion notamment en ce qui concerne le suivi des adhésions, le suivi du versement des cotisations et le suivi des demandes de prise en charge.

Il constate que les indicateurs de viabilité administrative proposés dans le document « Guide de suivi ... » sont précis et faisables. Mais leur mode de calcul n'est pas simple et présente des risques de confusions au niveau des gestionnaires des mutuelles ou même des utilisateurs.

Par ailleurs, ces indicateurs comportent beaucoup d'éléments qualitatifs, ce qui limite la mesure à de l'observation ou à de la constatation.

Il avance ainsi des propositions afin de tenter de corriger les lacunes relevées. L'accent est mis sur la finalité de l'activité administrative et laissent peu de place aux objectifs intermédiaires.

Intitulé	Formule	Source d'info	Interprétation
Ratios de suivi des adhésions	$\frac{\text{Nouvelles Cartes adhésions émises}}{\text{Nbre nouvelles adhésions}}$ Ce ratio doit être proche de 100%	Fiche suivi des adhésions	Il permet de déterminer la capacité de la mutuelle à traiter les nouvelles demandes d'adhésion
Ratio de suivi des cotisations	$\frac{\text{Nbre Cotisants à jour}}{\text{Nbre Adhérents}}$	Fiche de suivi des cotisations	Il mesure la capacité de la mutuelle à faire le point sur la situation cotisante des membres
Suivi des demandes de prise en charge	$\frac{\text{Nbre de demandes réglées}}{\text{Nbre demandes reçues}}$	Fiche de suivi des demandes de prise en charge	Il mesure le degré de célérité dans le traitement des

			demandes de prises en charges
Ratio de formation	$\frac{\text{Nbre Membres Formés}}{\text{Effectifs membres bureau}}$	Suivi de la formation	Il mesure l'importance que la mutuelle accorde à la formation des membres

f) Viabilité technique

A.B. précise qu'au terme « technique », il pourrait être préféré la notion de viabilité fonctionnelle. Il propose les ratios suivants :

<i>Indicateur</i>	<i>Norme</i>	<i>Calcul</i>
Taux de fidélisation	$\geq 80\%$	$\frac{\text{Anciens membres année N}}{\text{Membres N-1}} * 100$
Taux de recouvrement	1 ⁸	$\frac{\text{Montant des cotisations acquises}}{\text{Montant des cotisations émises}} * 100$
Taux de croissance	> 0	$\frac{\text{Adhérents en année N}}{\text{Adhérents en année N-1}} * 100$

Cotisations acquises : cotisations nettes de ristournes, de prélèvements fiscaux et de réassurance.

Adhérents : membres cotisants

K.S. avance les suivants ratios :

- Taux de pénétration de la population cible ;
- Taux de satisfaction des mutualistes des prestations offertes

⁸ Si le taux est négatif, alors l'IMA doit constituer des provisions pour créances irrécouvrables.

S.S. explique que l'appréciation de la viabilité technique consiste à analyser la qualité du portefeuille de risques et à mesurer le degré de maîtrise de risques liés à l'opération d'assurance : la sélection adverse, le risque moral, la surprescription, la fraude, etc.

Le document de référence propose quatre indicateurs pour mesurer la viabilité technique des mutuelles :

- l'indicateur des modalités d'adhésion ;
- l'indicateur de la qualité du portefeuille ;
- l'évolution du coût moyen des prestations prises en charge ;
- l'indicateur comparant les coûts moyens des services pour les bénéficiaires et les non-bénéficiaires

Le premier indicateur intègre toutes les modalités d'adhésion et les catégories d'adhérents. En cela il fournit une information complète sur les adhésions et permet de vérifier si la mutuelle est plus ou moins protégée contre l'anti-sélection. Cependant, l'indicateur est très complexe et n'est pas facile à mettre en œuvre. C'est pourquoi il est proposé en lieu et place, le taux d'adhésion volontaire par individu qui est un indicateur simple, et facile à mettre en œuvre.

Le deuxième indicateur proposé dans le document de référence permet de mesurer la qualité du portefeuille. Cet indicateur est très complexe et il n'est pas sûr que l'information apportée puisse justifier le coût administratif de sa détermination. Aussi est-il proposé d'abandonner cet indicateur.

Les deux derniers indicateurs donnent des informations sur le coût moyen des prestations prises en charge. L'objectif de ces indicateurs sont pertinents mais les formules proposées sont complexes. En effet, un indicateur donnant le montant des prestations prises en charge par la mutuelle rapporté au coût réel des prestations permet de résoudre le problème.

Compte tenu de ce qui précède, les indicateurs suivants sont proposés pour apprécier la viabilité technique de la mutuelle.

Intitulé	Formule	Sources	Interprétation
Taux d'adhésion volontaire par individu	$\frac{\text{Adhésions par individus}}{\text{Nbre Adhérents}}$ ce taux doit être le plus bas possible	Fiche de suivi des adhésions	Mesure la propension de la mutuelle à encourager les adhésions groupées
Durée de la période de stage	La période doit être > à 3 mois	Textes de base de la mutuelle	
Taux de prise en charge	$\frac{\text{Prestations Mutuelle}}{\text{Coût réels prestations}}$	CdR + Tarif des prestataires	Ce ratio mesure le degré de co-paiement, d'instauration d'un ticket modérateur, d'un plafond ou d'une franchise.
Taux de prestations indues	$\frac{\text{Montant Prestations indues}}{\text{Total Prestations}}$ Ce ratio doit être le plus bas possible	Fiche de suivi des prises en charges Règlement intérieur de la mutuelle	Ce ratio mesure la capacité de la mutuelle à minimiser les cas de fraude.

b) Quelle utilisation l'autorité compétente doit-elle faire de ces ratios dans ses activités de suivi/contrôle et de sanction ?

Les trois auteurs retiennent que les ratios vont être un outil essentiel pour l'autorité compétente dans son travail de suivi et de contrôle.

A.B. estime que la CCM devrait utiliser ces indicateurs comme un signal d'alerte d'une défaillance annoncée et ainsi servir de facteur déclencheur des procédures de contrôle sur place et sur pièces.

A l'issue de son contrôle, la CCM sera en mesure de statuer et de prononcer les sanctions appropriées.

K.S. souligne qu'à partir de ces ratios l'autorité compétente fait des analyses, porte des jugements, encourage la mutuelle à continuer avec ce qui est jugé positif dans sa gestion, fait des recommandations, donne des orientations et peut être amenée à faire des réformes, des réorientations sur certaines dispositions. Cette autorité peut décider des sanctions aussi contre une mutuelle.

Ces sanctions pourront être graduelles en cas de non présentation des différents éléments sus-mentionnés dans les rapports à l'autorité de contrôle :

- suspension d'agrément
- réduction de prestations
- retrait d'agrément.

S.S. considère que les ratios prudentiels constituent un cadre de référence pour l'autorité compétente dans le cadre de sa mission de suivi-évaluation. Il appartiendra aux mutuelles de calculer les différents ratios, l'autorité de contrôle ayant pour mission leur validation et leur appréciation.

Pour une meilleure mise en œuvre des règles prudentielles, il est important de procéder à une large information des acteurs de la mutualité sur la pertinence des ratios retenus, la manière dont ils sont calculés et les outils nécessaires à leur implémentation.

Par ailleurs, il conviendrait de prévoir une période d'expérimentation avant la mise en œuvre définitive des ratios prudentiels. Cette phase pilote permettra de relever les difficultés liées au calcul pratique des ratios et surtout permettra de fixer les normes à respecter relativement à chaque indicateur.

L'autorité compétente veillera à l'application effective des ratios par les mutuelles et à la vérification du respect des normes imposées. Elle prendra ses mesures conservatoires sur la base du respect ou non des normes édictées. Elle pourra aussi, et cela de façon périodique, calculer des ratios pour l'ensemble du secteur de la mutualité.

13) Principe de cantonnement ou séparation des patrimoines lorsque les mutuelles conduisent des activités accessoires à celles de l'assurance

- g) Définir les activités accessoires des mutuelles et celles devant obligatoirement être gérées dans une structure juridique distincte**

Les trois auteurs soutiennent le principe du cantonnement en tant que principe devant guider la gestion des activités accessoires des mutuelles.

A.B. explique que les mutuelles doivent établir clairement des principes de séparation des activités qu'elles entendent mener parallèlement à leurs activités d'assurance. Le principe de spécialité tel qu'il est proposé repose sur l'hypothèse qu'en interdisant le cumul d'activités, la protection des mutuelles sera accrue en empêchant que les résultats éventuellement négatifs d'une activité autre que l'assurance et non soumise aux règles prudentielles n'affectent l'ensemble du système de sécurisation financière.

K.S. souligne lui-aussi que la règle de base en cas d'activités génératrices de revenus est le cantonnement strict des activités afin de garantir la sécurité du patrimoine de la mutuelle et de préserver la sécurité des cotisations des adhérents. Ces AGR servent à renforcer les revenus de la mutuelle pour mieux servir les adhérents. Lorsque la mutuelle réalise ces activités la séparation des patrimoines permet aussi de vérifier la part entre activité principale – assurance santé – et l'activité accessoire – AGR – et de vérifier la part de chaque apport à l' « entreprise mutualiste ». Certaines AGR nécessitent une qualification ou des règles particulières et il faut veiller à ce que les AGR soient toujours accessoires sous peine de requalification de l'activité par les autorités de contrôle.

La législation malienne sur la Mutualité précise quelques règles en cas d'AGR – loi 96-022.

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

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

mener toutes opérations participant à la réparation des risques sociaux ;

*créer conformément à la Législation en vigueur des établissements ou services à caractère sanitaire, médico-social ou culturel*⁹.

Pour une meilleure gestion de ses services auxquels il faut également confier la gestion d'activités ponctuelles de vente de mouton, de sucre ou de céréales il est indispensable de séparer les patrimoines bien sûr que la complémentarité reste la finalité ».

S.S. distingue deux cas de figure. Il reconnaît qu'à côté des activités constituant les missions première de la mutuelle, d'autres activités accessoires peuvent être menées. Parmi elles, il convient de citer les activités promotionnelles d'éducation à la santé ou des actions préventives comme des causeries ou des manifestations socioculturelles. Dans ce cas les activités d'assurances et les activités accessoires peuvent être gérées par une même structure juridique.

La mutuelle peut également être constituée à partir d'une activité à laquelle elle est adossée. Il s'agit par exemple du cas d'une activité de microfinance ou d'une activité coopérative qui donne naissance à une mutuelle. L'activité de microfinance ou celle relevant de la coopérative devraient alors être gérées par une structure juridique distincte.

h) Définir des règles claires qui vont permettre d'encadrer l'exercice d'activités génératrices de revenus

Afin de définir des règles qui permettent d'encadrer l'exercice d'activités génératrices de revenus, **A.B.** considère qu'il est important de prendre en compte plusieurs cas de figure dans l'exercice d'une AGR:

- Activités nécessitant des investissements
- Activités nécessitant un apport de trésorerie

Ces deux cas de figure imposent un traitement prudentiel différent.

Activités nécessitant un investissement

⁹ Les cas des réalisations sanitaires et sociales est différent des AGR. La gestion d'une RSS doit figurer dans l'étude de faisabilité initiale pour l'agrément et les projets d'exploitation doivent figurer dans le budget prévisionnel soumis pour la délivrance de l'agrément. Il se peut que certains agréments spécifiques par les autorités sanitaires et sociales soient nécessaires.

Cas de figure : L'exploitation d'un outil de production (y compris dans les services) proposant des prestations en nature payantes aux membres et aux non membres des mutuelles.

Il devrait y avoir **distinction juridique et donc comptable** des structures pour que les résultats techniques de la mutuelle ne soient pas affectés par les pertes éventuelles des autres activités.

Des liens institutionnels peuvent être prévus entre les deux structures et la gouvernance peut en être partagée.

Activités nécessitant un apport de trésorerie

Cas de figure : Organisation de fêtes

Ce genre d'activités ne peut présenter qu'un caractère accessoire dans la mobilisation de ressources par les mutuelles. Elles ne doivent pas dépasser **5% des cotisations encaissées et les frais engagés doivent être enregistrés en charges**.

Selon **S.S.**, pour les mutuelles exerçant des activités génératrices de revenu, les règles suivantes devraient être impérativement observées :

- **Règle 1** : l'activité génératrice de revenu ne doit pas comporter de risques pouvant mettre en péril l'activité d'assurance ;
- **Règle 2** : Les opérations relevant de ces activités génératrices de revenus doivent être comptabilisées séparément ;
- **Règle 3** : les pertes éventuelles liées à l'activité génératrice de revenus ne doivent pas être couvertes par les réserves constituées par la mutuelle ;
- **Règle 4** : les activités envisagées doivent présenter un intérêt économique et social pour la communauté des adhérents.

c) Définir des règles claires qui vont permettre d'encadrer l'exercice d'activités sanitaires et sociales des mutuelles

A.B. précise que la gestion de réalisations sanitaires est entendue comme la gestion de centres de santé, de pharmacies ou d'autres organismes délivrant des **prestations en nature aux membres de la mutuelle et uniquement aux membres de la mutuelle**.

Il en va de même que pour les autres AGR, des règles strictes de séparation des personnalités juridiques sont nécessaires.

Le financement de ces investissements ne doit pas exposer la mutuelle à des risques de faillite et de non-respect des normes de solvabilité.

K.S. considère que dans le cas d'une mutuelle gérant une réalisation sanitaire et sociale, la gestion de cette activité doit être présentée dans l'étude de faisabilité dans un compte d'exploitation prévisionnel (à 3 ans). La règle du cantonnement des actifs doit être strictement respectée car l'activité principale d'assurance ne doit pas venir apurer des pertes d'exploitation et/ou un passif éventuel dégagé par cette activité. Ce cantonnement est techniquement une règle sensiblement différente de celle requise pour la gestion des AGR. Dans le cas d'espèce la gestion d'une réalisation sanitaire et sociale est comprise dans une acception de la mutualité comme la continuation de l'activité principale d'assurance (prestation en espèces et prestation en nature). (voir le débat sur la question lors de la transposition des directives européennes d'assurance dans le code de la mutualité – art 8b Dir. 1973)

Néanmoins beaucoup de tact et mesure est nécessaire ainsi qu'une vraie étude du coût d'opportunité pour la gestion de réalisations sanitaires.

S.S. estime que dans le cadre de l'exercice d'activités sanitaire et sociale, les règles suivantes pourraient être observées :

- **Règle 1** : Les mutuelles qui envisagent l'exercice d'activités sanitaires et sociales doivent en avoir les moyens ;
- **Règle 2** : ces activités doivent se faire dans le cadre d'un plan d'action approuvé par l'assemblée générale ;
- **Règle 3** : ces activités ne doivent pas mettre en péril l'activité d'assurance ;
- **Règle 4** : le montant annuel des dépenses ne doit en aucun cas être supérieur au montant de la réserve constituée à cet effet ;
- **Règle 5** : les opérations liées à l'activité sanitaire et sociale doivent être comptabilisées séparément des opérations liées à l'activité d'assurance ;
- **Règle 6** : les activités sanitaires et sociales doivent être orientées principalement vers la population cible de la mutuelle.

14) Conditions de gestion des ressources financières à court, moyen et long terme

i) A quelles conditions une mutuelle peut-elle faire des placements ?

Les trois auteurs avancent différentes conditions auxquelles devrait être soumise la possibilité pour une mutuelle de faire des placements.

A.B. note que la possibilité accordée aux mutuelles de procéder à des placements doit se faire en veillant à deux principes essentiels : la fiabilité et la rentabilité de ces placements. Il est en effet essentiel que les mutuelles évitent *i)* des placements dont la fiabilité ou la rentabilité ne sont pas assurés et *ii)* une trop forte dépendance à l'égard des revenus de ces placements. Il est à craindre que le contrôle d'opportunité de ces placements ne soit pas réalisable.

Par ailleurs, il est important de veiller à la liquidité de ces placements afin que la mutuelle puisse les mobiliser si elle devait avoir à faire face à une situation de défaillance. Les coûts de rachat de ces placements pourraient réduire fortement leur rentabilité attendue et ainsi fausser la lecture des résultats comptables de la mutuelle au moment de cette dépréciation.

Enfin, la gestion de tels actifs impose une expertise et une capacité de gestion difficilement mobilisables par les mutuelles.

Il est donc proposé que les placements des mutuelles soient limités à :

- Des dépôts sur des comptes à terme dont la rémunération doit être connue et acquise sur une période donnée au moment des procédures d'ouverture.
- Des placements en obligation avec un maximum de 15% des placements.

D'après **K.S.** une mutuelle peut faire des placements quand ses réserves dépassent deux mois de prise en charge de l'ensemble de ses dépenses (prestation et fonctionnement).

S.S. estime que les réserves constituées au passif du bilan doivent avoir leur contrepartie à l'actif sous forme de placements ou autres investissements productifs. Ces placements sont nécessaires pour le développement des mutuelles car les produits financiers qu'ils génèrent

permettent de maintenir les cotisations à un niveau raisonnable et évitent de détenir une trésorerie excessive occasionnant parfois des charges.

Cependant, les placements doivent se faire sous certaines conditions dont les plus importantes sont :

- **la condition de sécurité** des fonds placés : les placements choisis doivent garantir la sécurité réelle des fonds qui vise le maintien du pouvoir d'achat et du rendement des sommes placées. Cela signifie que les placements à réaliser doivent préserver les fonds de réserves d'une quelconque dépréciation (placements à risques, inflation, etc.).
- **La condition de rendement** : les placements doivent être effectués dans des actifs pour lesquels un meilleur rendement peut être assuré sans que cette rentabilité ne soit obtenue au détriment de la condition de sécurité réelle. Par exemple, pour le placement de la réserve de cotisations, de la réserve de sinistre ou encore de la réserve de sécurité (engagement de court terme), la question du rendement est accessoire par rapport à celle de la sécurité réelle ;
- **La condition de liquidité** : les actifs en représentation des réserves doivent être liquides ou facilement réalisables. Cela veut dire que les réserves doivent correspondre à des valeurs en monnaie ou pouvant y être converties à tout instant. Ceci est particulièrement valable pour le cas de la réserve de primes, de la réserve de sinistre et de la réserve de sécurité. Il n'est donc pas prudent de placer de telles réserves à des conditions pouvant compromettre leur liquidité en cas de besoin.

b) A quelles conditions une mutuelle peut-elle faire des investissements ?

Les experts reconnaissent l'importance de reconnaître à la mutuelle la possibilité de réaliser des investissements pour son développement. Ils précisent toutefois les conditions qui doivent guider ces investissements de sorte à ce que la mutuelle continue à être apte à satisfaire à ses engagements.

A.B. fait remarquer qu'il importe de distinguer plusieurs types d'investissements :

- Investissements en moyens de gestion

Ils doivent être cohérents avec les besoins de gestion et les disponibilités financières de la mutuelle. Ils sont laissés à l'appréciation de la mutuelle et approuvés par l'organe de gouvernance s'ils dépassent un montant préalablement fixé par chacune des mutuelles.

- Investissements dans des activités génératrices de revenus
- Investissements dans le domaine des réalisations sanitaires et sociales.

Pour ces deux catégories d'investissement, le décaissement des fonds à mobiliser ne doit pas être en contradiction avec le respect des normes de solvabilité.

Ces investissements doivent obligatoirement être approuvés par l'organe de gouvernance.

K.S. indique que la mutuelle peut faire des investissements quand ses placements permettent de les faire sans recourir à des prêts.

S.S. renvoie, pour les investissements productifs, aux mêmes conditions que pour les placements. Il précise, par ailleurs, que les investissements réalisés doivent contribuer au développement économique et social de la région où est implantée la mutuelle.

c) A quelles conditions une mutuelle peut-elle faire des emprunts ?

Les experts tendent à restreindre le recours aux emprunts par une mutuelle.

A.B. estime que les mutuelles doivent pouvoir effectuer des emprunts aux seules fins de renforcement des fonds propres et dans la limite du respect des engagements réglementés (marge de solvabilité).

Selon **K.S.** la mutuelle peut faire des emprunts en cas d'événements revêtant les caractéristiques de la force majeure – imprévisible et irrésistible - (épidémie, sécheresse, incendie..) et si ses réserves sont épuisées

S.S. précise qu'une mutuelle peut, sous certaines conditions, faire des emprunts aux adhérents ou à d'autres mutuelles. Dans tous les cas, les conditions suivantes doivent être respectées :

- la sécurité formelle : elle porte sur la nature du débiteur, sa solvabilité et les garanties prises en couverture de la créance ;
- la qualité du débiteur : la mutuelle fait des emprunts à des mutuelles ayant les mêmes objectifs et à des adhérents à jours de leurs cotisations.

d) Les mutuelles doivent-elles faire apparaître les coûts cachés dans leur comptabilité ?

Sur cette question les experts sont partagés.

A.B. répond par la négative. Il considère qu'il apparaît plus opportun de veiller à ce que la distinction produits propres Vs Subventions apparaisse nettement dans les comptes des mutuelles.

K.S. et **S.S.** sont au contraire de l'avis que les mutuelles doivent faire apparaître les coûts cachés pour une meilleure appréciation de leur finance.

S.S. explique qu'il est nécessaire de faire apparaître les coûts cachés dans la comptabilité pour pouvoir mesurer le coût réel de l'assurance. En effet, faire abstraction des coûts cachés peut conduire à une mauvaise lecture des états financiers, un excédent pouvant cacher un déficit important.

15) Fonds de garantie et systèmes de réassurance

j) Le fonds de garantie est-il un outil opportun ?

Les trois auteurs semblent tous reconnaître les avantages du fonds de garantie en tant que mécanisme supplémentaire de sécurisation financière mais mettent en garde contre les risques que cet outil comporte.

A.B. rappelle que le fonds de garantie représente un étage supplémentaire de consolidation financière. Il doit être entendu comme un instrument de dernier recours mais ne devrait pas être considéré comme une facilité de trésorerie accordée sous forme de prêt.

Il semble en effet peu opportun d'accorder des prêts à des entités défaillantes :

- Prêter à des entités défaillantes permet la résolution d'un problème immédiat mais fait peser sur l'entité le poids du remboursement de ce prêt.

- La probabilité de recouvrement des prêts est faible.

K.S. considère qu'il s'agit du mécanisme le mieux adapté à la sécurisation des cotisations et des adhérents. Le principe est celui de déclencher le mécanisme de garantie en cas de défaillance déclarée de la mutuelle et de payer la prestation entre les mains de l'adhérent et/ou du prestataire en lieu et place de la mutuelle.

S.S. explique que malgré l'existence d'un fonds d'établissement et la constitution de réserves, les mutuelles restent exposées à des dérapages pouvant avoir deux origines :

- des facteurs internes tels que la non maîtrise de l'anti-sélection, du hasard moral et des fraudes ;
- des facteurs externes tels que la survenue d'épidémies et de catastrophes naturelles en particulier.

Ces dérapages peuvent entraîner des défaillances au niveau des mutuelles. Pour y faire face, les réserves constituées peuvent s'avérer insuffisantes (cas d'épidémie par exemple). Il apparaît alors indispensable de renforcer le compte « réserves » par un parapluie commun à un ensemble de mutuelles. Cela peut être effectué par la mise en place d'un fonds de garantie.

- k) Si oui, quelles sont les conditions d'existence, de création et de déclenchement de ce fonds: intervention en cas de défaillance constatée ? Si oui quelle défaillance ? Localisation : au sein de chaque mutuelle ou d'unions/fédération ou au niveau étatique ?**

A.B. distingue plusieurs cas de figure :

- Les mutuelles appartenant à un regroupement contribuent à un fonds de garantie fédéral dont le mode de fonctionnement est laissé à l'appréciation des mutuelles qui y contribuent.
- Les mutuelles indépendantes contribuent à un fonds de garantie national, administré et géré par la CCM.

Sa gestion doit être soumise à des règles strictes pour qu'il n'y en ait pas un usage abusif de la part des mutuelles peu soucieuses du respect des règles de bonne gestion et des règles prudentielles.

Le mode de fonctionnement pourrait être celui-ci :

*Il s'agit d'un fonds d'indemnisation qui prendrait en charge, après liquidation des actifs de la structure défaillante, les dépenses **déjà engagées** (les sinistres à payer) et qui rembourserait les adhérents de leurs **parts de cotisation non consommées** à la date de cessation ou de suspension des activités de la mutuelle.*

Il est difficile d'accroire l'hypothèse de la prise en charge, par substitution du fonds de garantie aux mutuelles défaillantes, des dépenses de santé des adhérents des mutuelles en cessation d'activités jusqu'à la fin de l'exercice. *Le fonds de garantie intervient donc pour la prise en charge des **sinistres déjà exposés**.*

Toutefois l'expert met en garde contre la mise en œuvre d'un fonds de garantie qui, selon lui, pose des problèmes de mode de financement, de capacité contributive et d'équité.

- *Mode de financement* : différentes options existent. Il est possible de prévoir une contribution assise sur le nombre de personnes couvertes (prélèvement forfaitaire) ou sur le montant des cotisations appelées (prélèvement en pourcentages de la cotisation).
- *Capacité contributive* : les mutuelles doivent mobiliser les fonds nécessaires au financement du fonds de garantie. Cela pose le problème du renchérissement des cotisations.
- *Équité* : il peut s'avérer utile de moduler le niveau de contribution au regard d'éléments techniques : ancienneté des mutuelles, indicateurs de bonne santé économique... Cette disposition permettrait de favoriser les mutuelles qui jouent le jeu du respect des règles prudentielles et de la gestion « en bon père de famille ».

K.S. précise que le mécanisme de garantie est financé par une cotisation spécifique des mutuelles qui adhèrent à un fonds de garantie. La cotisation doit bien être identifiée et la gouvernance du système de garantie répond à des règles propres. Ces mécanismes sont traditionnellement localisés au sein d'Union technique de compétence nationale ou de Fédération lorsqu'elles existent. Néanmoins, une décentralisation peut être instaurée en permettant aux mutuelles de se regrouper sur des bases locales ou régionales même aux seules

fins de constituer un fonds de garantie. L'adossement à des structures de Micro finance doit favoriser la mise en place de mécanismes innovants de garantie (lettre de garantie) évitant les transferts de flux financiers. Il ajoute qu'il faut interdire les prêts des mécanismes de garantie vers les mutuelles en difficulté. Cette règle est contraire au principe de la garantie et dans la plupart des cas ces prêts ou avances pour faire face aux engagements de la mutuelle ne sont pas remboursés. Il y a là un risque aggravé de défaillance et de faillite en cascade des mutuelles et des mécanismes de garantie.

S.S. indique que les expériences vécues en matière de fonds de garanties montrent qu'il y a au moins deux façons de monter un tel système. Une première solution consiste à faire cotiser les mutuelles au système de fonds de garantie. Cette contribution représente un certain pourcentage de la cotisation pure des adhérents. Le fonds de garantie intervient en cas de défaillance constatée de la mutuelle, soit parce qu'elle est en cessation de paiement, soit parce que les réserves constituées augmentées des cotisations courantes ne suffisent plus pour faire face aux dépenses de prestations. Dans ce cas de figure le fonds de garantie agit comme un réassureur.

Une autre façon de procéder consiste à financer le fonds de garantie par un apport du promoteur de la mutuelle à sa constitution. Ce fonds est constitué pour pallier aux défaillances de la mutuelle. Il intervient sous réserve du respect de certaines conditionnalités dont le respect des règles de gestion, l'absence de détournement et l'apport d'une caution).

Dans l'un ou l'autre des cas, le fonds de garantie est institué au niveau d'une union ou une fédération de mutuelle. En Afrique, les systèmes de fonds de garantie localisés à un niveau national sont plutôt rares.

Sur la base des expériences vécues, il a été rapporté que le système de fonds de garantie basé sur une contribution propre des mutuelles entraîne un surcoût pour les adhérents. Dans un contexte de pauvreté il ne paraît pas judicieux de retenir une telle méthode car la cotisation demandée augmentera avec la fréquence d'intervention du fonds.

Aussi, convient-il de relever que l'institution de nombreuses et lourdes conditionnalités ont souvent retardés ou empêché le déclenchement des fonds de garantie. Aux Comores par

exemple, des mutuelles défaillantes n'ont pu bénéficier de l'intervention du fonds de garantie car n'ayant pas pu apporter la caution demandée.

Compte tenu de toute ces difficultés, un système fondé sur la garantie étatique pourrait être proposé. L'Etat, dans le cadre de sa politique de promotion de la protection sociale pour les couches faibles, mettra en place le fonds de garantie des mutuelles à un niveau national. Ce fonds de garantie sera financé par une subvention de l'Etat et/ou de ses partenaires au développement. Une étude pourrait être menée pour évaluer le montant du fonds à constituer en tenant compte des risques de défaillance des mutuelles et du développement futur du secteur.

Une fois le fonds constitué (par décret), l'Etat mettra en place la structure de gestion composée en priorité des acteurs-promoteurs du secteur de la mutualité et passera un contrat d'objectif avec cette structure.

Le fonds interviendra à la suite de la défaillance d'une mutuelle mesurée par des indicateurs précis (ratio de sinistralité supérieur à 100% sur une période de trois ans par exemple).

L'apport du fonds de garantie se fera sous forme de prêt après cautionnement de la mutuelle défaillante par une autre plus solvable ou par une fédération ou une union à laquelle elle appartient. Il s'agit, en clair, d'un système de cautionnement mutuel, comme cela se pratique au niveau des institutions de microfinance.

1) La réassurance est-elle un outil adapté ?

Tout en considérant la réassurance comme un outil majeur de consolidation financière, les experts en soulignent le caractère inadapté par rapport à la réalité ouest africaine pour l'instant.

A.B. considère que la réassurance est peut-être le seul outil répondant à des critères de transparence et d'efficacité. La réassurance apporte une double réponse aux contraintes des mutuelles :

- protéger les fonds propres de la mutuelle (l'assureur de première ligne, le réassureur intervenant en deuxième ligne), notamment pour veiller au respect des contraintes réglementaires,
- faire face à une contrainte économique de type probabilité de ruine.

Pour autant, la faisabilité de la mise en œuvre de régimes de réassurance est confrontée à un faisceau de risques qui pourraient en contredire l'opportunité.

Production d'informations

La faisabilité de la mise en place de garanties de réassurance tient à la capacité des institutions à produire de l'information corroborée par des séries statistiques longues. Peu de mutuelles sont en mesure à ce jour de fournir ces informations (activités, sinistralité...). Cela peut contredire la faisabilité d'un système obligatoire au sens de requis par la réglementation prudentielle.

Il est en revanche utile de se pencher plus avant sur cette question et de permettre à des mutuelles, en mesure de fournir ces informations et d'honorer les cotisations incidentes, de bénéficier d'un parapluie financier supplémentaire et sans doute plus efficace pour les protéger et protéger les intérêts de leurs assurés.

Coût des transactions

Le coût de la réassurance est à prendre en compte car il pourrait alourdir les chargements techniques à opérer sur les cotisations d'assurance au risque de contredire leur attractivité.

K.S. retient que la réassurance constitue une étape supplémentaire à laquelle les mutuelles peuvent recourir. Elle nécessite néanmoins des conditions de mise en œuvre assez complexes et coûteuses. Un traité de réassurance absorberait l'ensemble de la marge technique d'une mutuelle de taille moyenne ce qui ne réglerait pas le problème de la mutuelle, bien au contraire.

S.S. explique que la réassurance est un dispositif de sécurité par lequel la mutuelle souscrit à un contrat d'assurance auprès d'une autre structure d'assurance, contre les risques dont les conséquences financières sont particulièrement importantes (épidémies, catastrophe naturelle,

etc.). Elle permet de réduire la fragilité des mutuelles et les réassureurs peuvent jouer un meilleur rôle de surveillance technique et de conseil.

Par ailleurs la réassurance présente les avantages suivants :

- la réassurance stabilise les finances de la mutuelle en prenant en charge les pertes qui dépassent un certain plafond, supprime l'obligation pour la mutuelle de constituer des réserves de sécurité,
- le réassureur augmente les capacités de souscription de la mutuelle.

Cependant, divers obstacles rendent difficile la faisabilité du mécanisme de réassurance :

- La conception d'un système de réassurance suppose la disponibilité d'informations et d'historiques qui font actuellement défaut ;
- Le coût de l'opération ;
- le risque que le réassureur impose des règles de sélection de risque et politique de souscription et de tarification ; toutes choses qui pourraient remettre en cause les principes de la mutualité.

d) Si oui, comment cet outil fonctionnerait-il ? Doit-on envisager un système de réassurance propre aux mutuelles de santé ?

A. B. estime que différents modes de réassurance sont concevables et leur montage technique dépend d'une série d'informations parfois indisponibles à ce jour. Il n'est donc pas possible de préciser ici un montage particulièrement adapté aux mutuelles.

Il décrit les différents modes de réassurance qui pourraient être envisagés dans le tableau suivant.

<i>Type de réassurance</i>	<i>Sigle</i>	<i>Fonctionnement</i>	<i>Commentaires</i>
Quote-part	QP	Cession de tout ou partie du portefeuille de la cédante ¹⁰ au réassureur : c'est-à-dire le partage d'un pourcentage équivalent des primes et sinistres entre l'assureur et le réassureur.	<p>Ne semble pas être pertinent en matière d'assurance mutualiste dans le sens où le partage des risques avec un réassureur selon la formule de la quote-part risque de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ s'avérer très onéreux et de compromettre l'attractivité des produits d'assurance diffusés par les mutuelles ▪ déresponsabiliser les mutuelles ou les déposséder d'une part importante de leur capacité de décision et d'orientation
Excédent de pleins	XP	Intervention du réassureur uniquement sur certaines polices ou branches à partir d'un montant prédéterminé de garantie (la ligne) et dans une fourchette de « x » lignes avec le plus communément « x=2 ».	Cette formule de réassurance n'est pas appropriée à l'assurance maladie. Elle ne devrait pas être retenue comme piste d'investigation.

¹⁰ Il est entendu par « cédante » la compagnie d'assurance en première ligne qui contracte avec le réassureur.

<i>Type de réassurance</i>	<i>Sigle</i>	<i>Fonctionnement</i>	<i>Commentaires</i>
Excédent de sinistre	XS	Intervention du réassureur à partir d'un seuil d'intervention sur un sinistre (la priorité) et une limite d'intervention du réassureur (la garantie)	Pourrait s'appliquer car cette forme de réassurance permet le lissage des engagements des mutuelles. Cela ne règle pas le problème des sinistres de fréquence dont le cumul peut exposer à des défaillances.
Excédent de perte	SL	Le seuil et la limite d'intervention du réassureur sont fixés en fonction d'un pourcentage du total des primes perçues par la cédante	Pourrait s'appliquer car cette forme de réassurance offre un parapluie véritablement protecteur. La contrepartie pourrait en être le caractère onéreux.

Sur un plan organisationnel, les primes de réassurance seraient payées par les mutuelles en fonction du montant des *primes émises* et non des primes collectées. Le montant devrait être variable selon le profil de risques, le nombre de personnes couvertes, le type de garanties accordées, les limitations contractuelles d'indemnité...

Le coût de la réassurance sera intégré au décompte technique de la structure de prime. Il pourrait se substituer au coût du financement du fonds de réserves. Le montant de cette perception n'est pas déterminable en l'état.

Doit-on envisager un système de réassurance propre aux mutuelles?

A ce jour, il n'existe pas en Afrique de capacité de réassurance spécifique. Des contacts peuvent être pris avec des institutions africaines ou étrangères afin de mesurer la faisabilité technique du montage de garanties de réassurance.

La réassurance impose, parmi ses principes, la mutualisation de grandes masses pour permettre le lissage de la sinistralité et faire en sorte que l'ensemble des institutions couvertes

ne soit pas menacé par un effet « château de cartes ». Cela impose donc la réunion d'un nombre important d'assurés à même de permettre un partage sain des risques.

S'il était retenu le principe d'une réassurance spécifique aux mutuelles (c'est-à-dire en dehors de l'offre privée commerciale), elle devrait certainement être entendue comme une capacité supranationale de réassurance dont le montage technique reste à imaginer. Cela en complique la faisabilité mais ce schéma apparaît comme la solution la plus viable.

Il devrait également être tenu compte d'éléments complémentaires :

- dans de nombreux pays, la prise en charge des épidémies et des catastrophes relève de l'Etat même si elle n'est pas toujours conforme aux besoins immédiats des sociétaires ;
- le montant des engagements est souvent limité du fait de la taille constatée des mutuelles mais peut s'avérer catastrophique quand il y a survenance de sinistre dont les montants unitaires sont très élevés (notamment en hospitalisation).
- Du fait de la relative étroitesse des portefeuilles d'assurés et du nombre global de personnes couvertes, l'engagement en risques des réassureurs restera modéré.
- Le grand nombre de mutuelles expose le réassureur à d'importantes charges de gestion (i.e. un grand nombre de contrats et de sinistres à gérer donc la mobilisation des ressources matérielles et humaines incidentes).

S.S. considère qu'un système propre au secteur de la mutualité a beaucoup plus de chance de bien fonctionner même si sa mise en route pourrait prendre du temps. En effet la réassurance est un système extérieur au système de la mutualité tel qu'il fonctionne aujourd'hui. Adopter un tel système consisterait à intégrer le marché de l'assurance et à exposer les mutuelles au respect de certaines règles contraires aux principes de la mutualité. C'est pourquoi il semble plus sage d'opter pour le système de fonds de garantie.

e) La réassurance pourrait-elle être substitutive au fond de garantie ?

A.B. précise que fonds de garantie et réassurance ne sont pas contradictoires mais complémentaires. Ils devraient coexister pour parfaire la protection des droits et intérêts des adhérents assurés.

La réassurance ne vise pas les mêmes objectifs. La réassurance n'élude pas définitivement les risques de ruine ou de faillite. Le fonds de garantie solidaire est donc l'étage supérieur de cette consolidation financière qui ne devrait intervenir qu'en cas de ruine d'une mutuelle.

La réassurance est l'outil le plus adapté à la pérennisation de l'activité des mutuelles. Toutefois en l'état, la réassurance n'est pas en mesure de se substituer au fonds de garantie car l'offre n'est pas *a priori* disponible.

S.S. considère par contre que techniquement la réassurance est substitutive au fonds de garantie. En effet les deux systèmes poursuivent les mêmes objectifs : renforcer la solvabilité des mutuelles et, en conséquence protéger les intérêts des adhérents. Mais comme souligné ci-dessus la substitution n'est pas sans conséquences pour les mutuelles.

QUESTION 6 : Contrôle du fonctionnement et de la viabilité des mutuelles

16) Qui devraient exercer ce contrôle ?

A.B. propose que le contrôle soit exercé par la CCM. C'est elle qui est en charge de la supervision des activités du secteur.

Elle a pour mission de contrôler la conformité des actions des mutuelles avec les dispositions législatives et réglementaires. La CCM est instituée dans chaque Etat. Elle pourrait avoir le statut « d'autorité publique indépendante ». Son statut pourrait être équivalent à celui de la commission bancaire c'est-à-dire une autorité indépendante. La CCM pourrait aussi être constituée en Etablissement Public Administratif (EPA).

Sa composition doit permettre la représentation des différentes parties impliquées :

- Un représentant de chaque ministère concerné (finances, intérieur, santé, travail, promotion sociale...)
- Des représentants des mutuelles et de leurs structures faîtières
- Un représentant de chaque confédération syndicale
- Un représentant de la fédération des sociétés d'assurances

- Un représentant des bailleurs de fonds éventuels
- Un nombre limité de personnes qualifiées en assurance maladie

La CCM a un rôle de contrôle, essentiellement technique, qui vise à accomplir les différentes tâches suivantes :

- Contrôle des demandes d'agrément
- Délivrance des agréments
- Contrôle de l'activité des mutuelles et des structures faîtières
- Sanction des mutuelles ne respectant pas la réglementation prudentielle ou en situation de faillite constatée
- Gestion du fonds national de garantie (si cette disposition est retenue)

La CCM s'appuie sur les préfetures qui :

- peuvent effectuer un contrôle de proximité (recueil d'informations, vérification de la fonctionnalité des MUTUELLES...),
- centralisent les éléments annuels (états financiers) et les transmettent à la CCM.

Pour effectuer le contrôle des activités des mutuelles, la CCM doit développer une capacité spécifique de contrôle.

Il existe trois hypothèses :

- Contrôle interne VS Contrôle externe
- Contrôle sur pièces VS Contrôle sur place
- Panachage des deux types de contrôle

L'expert précise que les points suivants doivent être soulevés car ils jouent sur la faisabilité de la mise en œuvre d'une capacité de contrôle :

- Le développement d'une autorité externe de contrôle pose le problème de son financement.

- La constitution d'une capacité de contrôle supra nationale¹¹ se heurte à des critères de faisabilité technique et de faisabilité financière.
- La mise en œuvre d'un principe de contrôle interne se heurte à la possibilité de fraude ou d'entente frauduleuse sans capacité extérieure et indépendante de contrôle.

La réalisation des contrôles est encore confrontée à des paramètres qui tiennent à la composition du paysage des mutuelles :

- Les mutuelles sont souvent de taille étroite.
- Les mutuelles sont réparties sur l'ensemble des territoires.

Ces différents éléments jouent sur le temps nécessaire au bon accomplissement du travail de contrôle et donc sur les besoins de financement (besoins importants de ressources humaines, budgets de déplacement longs, temps allongé de réalisation des audits ...)

Contrôle interne VS Contrôle externe

Le principe du contrôle interne est une nécessité. Il confirme les besoins d'appropriation par les bénéficiaires de leur outil d'assurance et il permet un contrôle de proximité dont les intervalles sont plus courts que ceux liés au contrôle externe.

Le principe du contrôle interne est séduisant car il limite les besoins de financement d'une capacité de contrôle. Il n'est cependant pas sans risque et notamment de fraude.

Il doit rester comme priorité la satisfaction des intérêts des sociétaires des mutuelles or il n'est pas possible d'éluder le problème de la fraude et de la mauvaise gouvernance :

- Les membres des mutuelles n'ont pas toujours la capacité à vérifier que les informations qui leur sont transmises sont fiables et reflètent la réalité de la tenue des comptes.
- L'absence de contrôle extérieur favorise le développement de mauvaises pratiques.
- La qualité du contrôle interne dépend étroitement de la compétence des ressources humaines, ce qui est posé comme un problème récurrent par les mutuelles.

¹¹ Il se pose notamment le problème du recrutement des contrôleurs qui doivent bénéficier d'un ensemble de compétences difficilement mobilisables sans une formation adéquate. Il leur faut en effet disposer de compétences en comptabilité, en organisation et en assurances

Le contrôle externe, en revanche, pose le problème de la mobilisation des ressources nécessaires à sa fonctionnalité et à sa viabilité.

Le principe du contrôle interne est plus à même d'être efficace dans le cadre des regroupements de mutuelles (réseaux, fédérations, unions). Le contrôle interne doit être exigé comme une des conditions d'agrément des regroupements.

L'exercice du contrôle interne par les structures faîtières se manifeste par la mise à disposition d'une capacité de services à l'endroit des mutuelles qui doit permettre le suivi des risques et l'alerte des mutuelles ne répondant plus aux normes exigées. C'est également à cette condition que les structures faîtières peuvent faire jouer leur droit à sanction contre les mutuelles qui ne respecteraient pas les règles du jeu.

Contrôle sur place VS Contrôle sur pièces

Le contrôle sur pièces réduit le coût de financement des opérations d'audit. Il ne lève pas tous les risques de fraude car les informations transmises ne sont pas fiables par défaut et sont difficilement vérifiables à distance.

Le contrôle sur pièces devrait être entendu comme un contrôle de base effectué par périodes annuelles.

Le contrôle sur place devrait représenter un second niveau de contrôle et être réalisé après analyse des pièces transmises par les mutuelles. Certaines organisations devront être sélectionnées sur la base de critères différents :

- Anomalies identifiées dans les pièces communiquées (erreurs et incohérences),
- Doutes sur la fiabilité des informations,
- Retards répétés dans la transmission des pièces,
- Résultats techniques déficitaires.

Un principe de rotation pourrait également être mis en œuvre. Les mutuelles doivent subir un contrôle sur place tous les cinq ans.

Financement de l'autorité de contrôle

Le développement d'une autorité implique la mise à disposition de moyens matériels et humains donc financiers. Cela pose une question de fond : comment mobiliser les fonds nécessaires à la mise en œuvre d'une capacité de contrôle ?

S'il est retenu que les mutuelles financent le contrôle, il doit y avoir perception d'une contribution légale et donc renchérissement du coût des cotisations. La capacité de contribution des mutuelles risque cependant d'être insuffisante pour permettre un autofinancement des besoins budgétaires de la CCM.

S'il est retenu le principe du financement de la capacité de contrôle par tout ou partie des mutuelles, il est proposé *un taux de prélèvement obligatoire de 1% des cotisations acquises*.

Cela pose incidemment le problème de la fiscalité applicable aux mutuelles. En effet, l'exonération de toute fiscalité des mutuelles pose le problème de la concurrence « déloyale » exercée à l'encontre des compagnies classiques même s'il est acquis que la cible commerciale des compagnies privées n'est pas celle des mutuelles.

La taxation fiscale se fait en trois lignes :

- les taxes d'assurance,
- les contributions aux frais de contrôle,
- la TVA.

	Taxes sur cotisations	Frais de contrôle	TVA	Total
		en %		
Bénin	10,00	1,50	-	11,50
Burkina Faso	12,00	1,50	-	13,50
Cameroun	10,00	1,50	-	11,50
Centrafrique	14,00	5,00	-	19,00
Congo	8,00	1,50	-	9,50
Cote d'Ivoire	14,50	1,25	20,00	35,75
Gabon	-	1,75	-	1,75
Guinée	12,00	1,00	-	13,00
Madagascar	4,50	-	20,00	24,50
Mali	20,00	2,00	-	22,00
Mauritanie	10,00	-	-	10,00
Niger	12,00	1,50	-	13,50
Rwanda	15,00	-	-	15,00
Sénégal	10,00	1,50	-	11,50
Tchad	20,00	2,50	-	22,50
Togo	6,00	1,50	-	7,50
Moyenne	11,13	1,50	2,50	15,13

Source : FANAF - Etude fiscalité - avril 2006

Le taux moyen de prélèvement fiscal est de 15,13%. Le pic est atteint en Côte d'Ivoire avec une taxation des contrats d'assurance maladie de 35,75%.

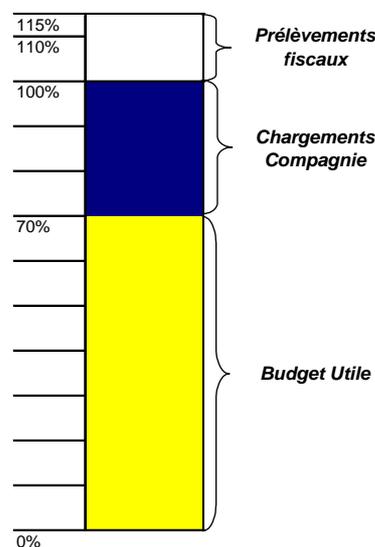
Le niveau des taxes sur l'assurance est contrasté selon les pays et s'établit en moyenne à 11%. Il est également à noter que, dans certains pays de la zone CIMA (Gabon), la branche maladie est exonérée de taxes.

Les taux de contribution aux frais de contrôle sont très variables d'un Etat à l'autre. Il importe de noter que les trois Etats qui ne perçoivent pas de contribution n'appartiennent pas à la CIMA.

Par ailleurs les compagnies procèdent à des chargements de prime pour frais de gestion, c'est-à-dire un prélèvement aux fins de contribution aux frais d'exploitation de la compagnie. Cela réduit le budget utile¹² à **60%** en moyenne si l'on retient un taux moyen de chargement de 30%¹³.

C'est un élément qui explique en partie les difficultés de pénétration de la branche « maladie » en Afrique car le coût d'acquisition des contrats d'assurance maladie auprès de compagnies commerciales est élevé et souvent inabordable.

	Part des primes affectée aux prestations
Bénin	62,78%
Burkina Faso	61,67%
Cameroun	62,78%
Centrafrique	58,82%
Congo	63,93%
Cote d'Ivoire	51,57%
Gabon	68,80%
Guinée	61,95%
Madagascar	56,22%
Mali	57,38%
Mauritanie	63,64%
Niger	61,67%
Rwanda	60,87%
Sénégal	62,78%
Tchad	57,14%
Togo	65,12%
Moyenne	61,07%



¹² Il est entendu par « budget utile » la part de la prime affectée aux prestations, hors taxes, hors chargements.

¹³ On entend par « chargements de prime », la part de prime affectée *i)* aux frais de gestion et *ii)* aux frais commerciaux liés à la rémunération de l'effort ou de l'apport commercial.

S'il n'y a pas de contribution des mutuelles, il est nécessaire de prévoir des sources exogènes de financement. Plusieurs hypothèses peuvent être soulevées :

- Le financement est assuré par des bailleurs de fonds nationaux ou internationaux. La faisabilité et la pérennité du financement posent d'évidentes questions de réalisme et de volonté d'engagement des bailleurs.
- Le financement est assuré au travers du financement des institutions de prévoyance sociale du secteur formel. Ces institutions financent, **au nom du principe de solidarité**, les besoins d'exploitation de la CCM. Cela pose le problème de l'aménagement des lettres de mission des institutions de prévoyance sociale et impose un fort engagement de l'Etat pour que ces mesures soient acceptées.
- Le financement est assuré au travers des ponctions fiscales effectuées sur les compagnies d'assurance commerciales. Si une forte volonté politique est exprimée, ce schéma est envisageable même si sa faisabilité est peu probable.
- Le financement est mobilisé par la CIPRES dans le cadre de la constitution d'une capacité supranationale de supervision. La CIPRES prélève des contributions auprès de chacun des Etats membres.

Création d'une capacité supra nationale de contrôle des mutuelles

Le principe d'une capacité supranationale de contrôle des mutuelles lève un certain nombre de problèmes :

- La constitution et la formation d'une équipe de commissaires contrôleurs à l'image du corps de contrôleurs de la CIMA permettraient de concentrer les efforts de formation sur un nombre restreint de contrôleurs.
- La mise en œuvre de politiques harmonisées qui facilitent la lecture des résultats du mouvement et l'adoption de mesures d'incitation (gestion des risques, stabilisation de l'environnement...)

Cependant, il est à craindre que ce schéma se heurte aux problèmes suivants :

- Il n'existe pas a priori d'organe supra national à même d'abriter le corps de contrôleurs même si la CIPRES au travers d'un aménagement de sa lettre de missions pourrait être cet organisme.
- Le coût de réalisation d'un tel programme est très élevé et difficilement finançable sans un recours à des bailleurs de fonds.
- La mobilisation budgétaire indispensable est non seulement confrontée à la modestie de la capacité contributive actuelle des mutuelles mais également à la régularité du paiement de leurs cotisations par les Etats associés. L'exemple de la CIMA est à cet égard édifiant.¹⁴

¹⁴ Le secrétariat général de la CIMA fait actuellement face à de sérieuses menaces du fait des retards dans les paiements de leur contribution par les Etats membres de la CIMA. Le secrétariat général craint de ne bientôt plus pouvoir faire face à ses besoins de fonctionnement. Voir en annexe « **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** ».

K.S. explique que le contrôle devrait être exercé par une autorité indépendante investie d'une fonction de contrôle des organismes mutualistes agréés. La législation doit définir les moyens, les conditions, les compétences et les champs d'action de la mission de contrôle et de supervision des organismes mutualistes. L'indépendance de cette mission sera essentielle compte tenu de la spécificité des mutuelles de santé. Elles constituent dans l'esprit des lois les premières étapes de la mise en place d'un régime d'assurance maladie.

S.S. suggère que le contrôle du fonctionnement et de la viabilité des mutuelles s'effectue à divers niveaux :

- un contrôle interne à la mutuelle effectué par ses organes propres ;
- un contrôle effectué par une autorité compétente au niveau national. Cette autorité, constituée sous forme de commission spécialisée, pourrait être composée d'un président nommé par décret, des représentants des hautes juridictions, de personnalités qualifiées, du directeur national chargé de la protection sociale. Le nombre total de commissaires ne devra pas dépasser 10.
- un contrôle supranational pour les grandes mutuelles dont l'exercice pourrait être confié à la CIPRES.

17) Quels sont les principes de séparation à appliquer entre autorité de contrôle et autorité de tutelle ?

D'après **A.B.** l'autorité de tutelle est l'organe administratif en charge du secteur de la micro-assurance. Ce ministère est différent selon les différents pays de l'UEMOA ce qui incite à penser que l'autorité de supervision devrait être constituée en une entité distincte.

L'autorité de contrôle agit par délégation de l'autorité de tutelle. Elle est organisée de manière distincte et bénéficie d'une liberté d'action dans son champ de compétences : la supervision des mutuelles.

C'est l'autorité de tutelle qui nomme le secrétaire général de la CCM. C'est la CCM qui juge de ses besoins en ressources humaines en fonction du temps nécessaire à la réalisation des audits des mutuelles.

K.S. souligne qu'il faut insérer un biais pour distinguer la tutelle du contrôle/supervision de l'activité de la mutuelle. Il s'agit ici de distinguer les deux phases :

- reconnaissance institutionnelle de la mutuelle
- vie pratique dans les actes professionnels et de la vie civile et commerciale

La Tutelle s'entend comme le contrôle administratif de conformité.

En cas de faible présence d'agents administratifs sur le terrain :

- la compétence peut être déléguée à une autre administration
- les structures de regroupement peuvent jouer un rôle avancé, notamment avec l'inspiration des « Self-Relugated Organisation »

Le contrôle devrait lui être assuré par une autorité indépendante investie d'une fonction de contrôle des organismes mutualistes agréés. Rien ne s'oppose à ce qu'à terme une Commission de contrôle (qui si elle est organiquement différente de la Commission de contrôle des Assurances soit fonctionnellement sur le même registre d'activités). L'évolution des Commissions de contrôle des mutuelles et des Institutions de Prévoyance (CCMIP) en Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) pourra être intéressante à étudier.

La phase transitoire a été, en France, une Commission de contrôle scindée en 2 mais présidée par les mêmes instances et qui appliquent des législations différentes (Code des Assurances, Code de la Mutualité et Code de la Sécurité Sociale) faisant référence à la même source d'inspiration soit les Directives européennes d'assurance.

S.S. considère que les principes de séparation à appliquer entre autorité de contrôle et autorité de tutelle sont liés à la nature des actes (élaboration des textes, pouvoir de sanctions, contrôles des règles prudentielles, agrément ...).

Ainsi, la tutelle sera compétente pour :

- l'élaboration et la révision des textes,

- la gestion du registre national,
- la délivrance de l'agrément ;
- la promotion de la mutualité ;
- le suivi de la mise en œuvre des recommandations formulées par l'autorité de contrôle ;
- retirer l'agrément

Quant à l'autorité de contrôle, elle est compétente pour :

- l'évaluation de l'application des règles prudentielles ;
- formuler des recommandations visant à assainir le secteur de la mutualité ;
- prise de mesures conservatoires ;
- proposer le retrait de l'agrément.

18) Sur quels éléments devrait porter le contrôle lors du fonctionnement de la mutuelle ?

Selon **A.B.** le contrôle de supervision est un contrôle de conformité. Le contrôle doit donc porter sur les différents éléments réglementés.

K.S. propose que le contrôle du fonctionnement de la mutuelle porte sur tous les éléments ayant trait à son administration et à ses finances (tenue des réunions, taux d'adhésion, tenue des PV, tenue des supports de gestion financières ...)

S.S. propose que le contrôle porte sur les éléments suivants :

- Le niveau des réserves ;
- Le niveau du fonds d'établissement ;
- Les placements réglementés ;
- Les ratios de viabilité ;
- La production des comptes financiers ;

- Le fonctionnement des organes ;
- La conformité de l'activité de la mission avec celle pour laquelle la mutuelle a reçu un agrément ;
- L'équilibre financier de la mutuelle (adéquation entre le niveau des cotisations et celui des prestations).

19) Quels sont les conditions/facteurs déclencheurs pour la prise de mesures conservatoires par l'autorité de contrôle ?

A.B. souligne que la CCM détient un pouvoir de sanction à l'endroit des mutuelles qui ne respectent pas la législation et notamment les règles prudentielles. Elle agit donc auprès des organisations défaillantes dont la gestion met en péril les intérêts des assurés et des bénéficiaires de contrats d'assurance.

L'administration de contrôle peut :

- Adresser un avertissement ou un blâme dont la répétition peut entraîner des sanctions plus lourdes,
- Limiter ou interdire tout ou partie des activités y compris les AGR,
- Suspendre ou imposer la démission d'office des dirigeants convaincus d'actions dolosives pour l'organisation,
- Saisir la juridiction compétente d'une demande de désignation d'un administrateur provisoire chargé de se substituer aux organes dirigeants de la mutuelles en vue de la préservation de son patrimoine et du redressement de sa situation,
- Procéder à un transfert des portefeuilles d'assurés vers une mutuelle ou un regroupement des mutuelles,
- Retirer temporairement ou de manière définitive l'agrément accordé aux mutuelles.

Avant de statuer, la CCM, peut exiger que lui soit soumis :

- Un plan de redressement (conformité avec l'encadrement réglementaire)

- Un plan de financement à court terme (pour la restauration de la marge de solvabilité)

La CCM devrait pouvoir déclencher des mesures conservatoires dans les cas suivants :

- Le non respect des règles prudentielles quand il est de nature à compromettre les activités des mutuelles :
 - Taux de recouvrement inférieur à la norme (dont le montant est à définir)
 - Absence de fonds de réserves
 - Non constitution
 - Epuisement du fonds de réserves
 - Nombre minimal de bénéficiaires
- La remise tardive des états financiers (au-delà d'une période de 6 mois)
- Le détournement d'argent par les agents ou par les membres de la gouvernance des mutuelles
- Des cas de fraude avérés entre les mutuelles et les prestataires de santé

K.S. souligne que les sanctions découlant des contrôles devraient inclure les étapes suivantes :

- suspension temporaire et/ou retrait d'agrément
- réduction du panier de prestations
- relèvement des exigences financières ou adossement à un système de garantie

Les conditions de déclenchement des mesures conservatoires par l'autorité de contrôle sont : l'arrêt de fonctionnement de la mutuelle, le non respect des textes régissant le secteur, le non respect des engagements vis-à-vis des membres

Selon **S.S.** l'autorité de contrôle peut prendre des mesures conservatoires dans les cas suivants :

- non production de rapport de gestion et/ou de comptes financiers sur deux exercices consécutifs ;
- non tenue des instances statutaires sur une période d'au moins un an ;
- non respect d'une ou de plusieurs règles prudentielles sur deux exercices consécutifs ;

Les mesures conservatoires pourraient concerner :

- la suspension des organes de gestion ;
- mise de la mutuelle sous surveillance permanente, restriction ou interdiction de la libre disposition de tout ou partie des actifs ;
- mise sous administration provisoire ;
- Prise d'un plan de redressement prévoyant toutes les mesures propres à restaurer une couverture conforme à la réglementation ;
- L'adoption d'un plan de financement à court terme apte à rétablir la solvabilité de la mutuelle.
- le renouvellement du bureau d'un ou de plusieurs organes de gestion ;

20) Quels sont les conditions/facteurs déclencheurs pour le retrait de l'agrément ?

A.B. indique que les facteurs déclencheurs pourraient être les suivants :

- La faillite constatée d'une mutuelle,
- Le non respect des règles prudentielles quand elles entraînent une menace sérieuse pour les assurés : c'est-à-dire une forte probabilité de défaillance,
- Les détournements d'actifs par les gestionnaires ou les membres représentants de la gouvernance.

Afin de pouvoir reprendre ses activités, la mutuelle devra solliciter une nouvelle demande d'agrément.

Cette procédure peut impliquer le respect de recommandations effectuées par la CCM lors de l'audit qui accompagne la décision de retrait d'agrément. La preuve de la prise en compte des recommandations de la CCM sera exigée pour la délivrance du nouvel agrément.

K.S. énoncent les les conditions suivantes de déclenchement pour le retrait de l'agrément : le non respect des recommandations faites lors des précédents contrôles et ayant trait à des comportements contraires aux textes régissant la mutualité et/ou pouvant nuire à la survie du groupement.

S.S. rappelle que le retrait de l'agrément constitue la sanction suprême prise à l'encontre d'une mutuelle. Cette sanction pourrait être prononcée dans les cas suivants :

- lorsque, du fait des pertes constatées dans les documents comptables, l'actif net devient inférieur à la moitié des capitaux inscrits au passif (fonds d'établissement + réserves) ;
- lorsque la mutuelle mène des activités contraires à celles pour lesquelles l'agrément a été accordé ;
- lorsque la mutuelle est en cessation de paiement vis à vis des adhérents, et cela de façon irréversible ;

Le retrait de l'agrément ne doit entrer en vigueur qu'après un délai à compter de la date de notification. Ce délai est prorogé en cas de recours contre la décision de retrait de l'agrément.

QUESTION 7 : Période transitoire pour que les mutuelles existantes puissent répondre aux normes prudentielles

21) Quelle devrait être sa durée ?

A.B. estime que la période transitoire accordée aux mutuelles existantes pourrait être fixée à *un an* après la publication officielle de la réglementation applicable aux mutuelles.

Il importe cependant de préciser trois cas de figure :

- Les mutuelles n'accomplissent aucune démarche dans les délais convenus et ne présentent aucun document ou matériau permettant de vérifier que les mesures permettant le respect de l'encadrement législatif et réglementaire ont été engagées.

Les mutuelles sont dissoutes et les portefeuilles d'assurés transférés à d'autres organisations. Les assurés qui le souhaitent peuvent se faire rembourser le montant des cotisations déjà honorées :

- Par la mutuelle si elle en a les moyens ;
 - Par le fonds de garantie, si l'incapacité de la mutuelle est constatée.
- Les mutuelles présentent des informations qui ne permettent pas de juger de l'engagement des actions correctrices nécessaires au respect de l'encadrement.

La CCM accorde un *délai supplémentaire de trois mois* aux mutuelles pour qu'elles apportent des informations complémentaires.

- Les mutuelles ne sont pas en mesure de répondre aux obligations législatives et réglementaires. La CCM les accompagne, *selon un délai à préciser*, pour qu'elles puissent :
 - Rejoindre un réseau ;
 - Procéder à des alliances avec d'autres mutuelles,
 - Adapter leur mode de fonctionnement.

Selon **K.S.** la durée de la période devrait être de deux ans au moins afin de donner suffisamment de temps aux mutuelles pour se conformer aux nouvelles dispositions sans précipitation.

Une période supplémentaire d'un an pourra être conférée en fonction de critères à analyser de manière concrète.

S.S. considère que l'entrée en vigueur effective des normes prudentielles devrait se faire par étape et tenir compte de la situation de la mutuelle (déjà en activité ou mutuelle née sous la nouvelle loi):

- **l'obtention de l'agrément** : une période d'une année pourrait être accordée aux mutuelles déjà en activité. Pour les nouvelles mutuelles, elles doivent demander l'agrément avant l'exercice effectif de leurs activités ;

- **Pour l'inscription registre national**, une période de six mois pourrait être accordée aux mutuelles déjà en activité à compter de la date d'entrée en vigueur texte réglementaire instituant le registre national.
- **Pour la production des états financiers et des états statistiques**, une période de deux ans pourrait être accordée aux mutuelles en activité et une année aux mutuelles nées sous la nouvelle législation ;
- **Pour le respect des ratios de viabilité**, une période probatoire de deux années pourraient être accordée aux mutuelles à compter de la date d'entrée en vigueur des règles prudentielles.