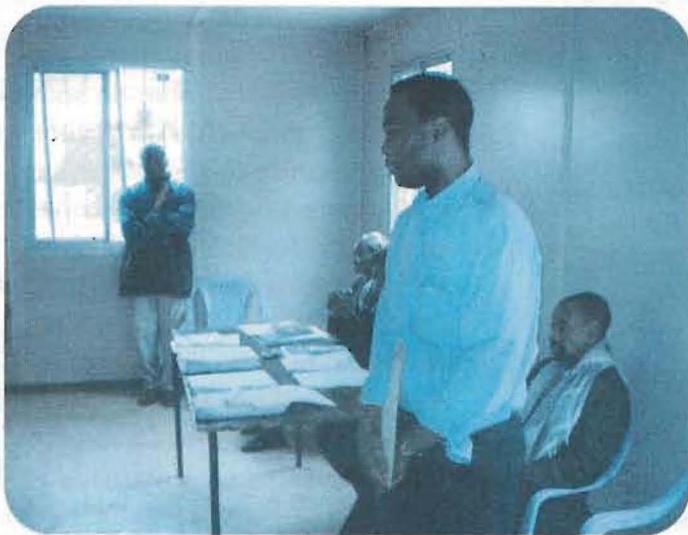


4.1 Les acteurs impliqués

Plusieurs partenaires sont impliqués dans le processus. D'une part, il y a les partenaires financiers qui sont UNICEF et AWARE-RH, le

partenaire Institutionnel qu'est la Délégation Provinciale de la Santé Publique pour l'Adamaoua avec tous ses services décentralisés. Les principaux bénéficiaires sont les populations à la base résidant dans les différentes aires de santé. Les autorités administratives, traditionnelles, religieuses et municipales sont d'une très grande contribution pour le succès observé jusqu'à présent ●



L'intervention du médecin du CMA de Bélel lors de l'AGC



Une visite des partenaires dans une mutuelle de santé lors de la journée de la mutualité à Ngaoundéré



5.1 Prestations offertes

Les MS offrent les prestations sur la base des cotisations de 2 400 FCFA par an par bénéficiaire. Pour les familles nombreuses (plus de 5 personnes), le montant des cotisations est fixé à 2 200 FCFA par personne par an.

Dans l'ensemble, les prestations offertes par les mutuelles du district de Ngaoundéré se présentent comme suit :

- les soins ambulatoires au niveau des aires de santé pour un plafond de 25000 F CFA par épisode de maladie ;
- les hospitalisations à l'hôpital de district de Ngaoundéré (Hôpital protestant) pour un plafond de 50 000 F CFA par session d'hospitalisation ;
- les chirurgies à l'hôpital de district de Ngaoundéré (Hôpital protestant) pour

un plafond de 120 000 F CFA.

Les tickets modérateurs (contribution du bénéficiaire à sa prise en charge) varient comme suit selon le type de prestation sollicité :

- 25% des frais de la prise en charge dans le cas des soins ambulatoires et les chirurgies non programmées ;
- 50% des frais de la prise en charge dans le cas des chirurgies programmées ;

Par contre, la prise en charge des consultations prénatales (CPN) et les accouchements au CSI et les CMA sont entièrement couvertes par la mutuelle (100%). Il en est de même des accouchements par césarienne à l'hôpital de district de Ngaoundéré qui sont entièrement couverts par l'Union des Mutuelles de santé du District de Santé de Ngaoundéré.

Remarques :

1. Les soins ambulatoires constituent les soins de premier niveau et sont pris en charge par les mutuelles à la base alors que les hospitalisations, les chirurgies et les césariennes, considérés comme soins de deuxième niveau sont couverts par l'Union, moyennant les cotisations des mutuelles.

2. Les mutuelles du district de santé de Ngaoundéré ne prennent pas en charge les maladies chroniques comme la tuberculose, le SIDA, les rhumatismes chroniques, les hypertensions, etc. Toutefois, elles s'occupent des personnes présentant les infections opportunistes et les aident à contacter les organisations spécialisées.

3. Les médicaments utilisés sont générique sauf dans les cas des chirurgies où les médicaments de spécialités sont indispensables •

Paquet des prestations offertes aux mutualistes

1. Soins ambulatoires	
1.1 Consultation curative générale	
1.2 Mise en observation	
1.3 Actes médicaux/ Soins infirmiers	Pansements, piqûres, transfusions Vaccinations
1.4 Petite chirurgie ambulatoire	
1.5 Examens médicaux	Analyses médicales / Laboratoire
1.6 Médicaments	Médicaments génériques
2. Hospitalisation	
2.1 Frais de lit	
2.2 Examens médicaux	Radiographic / Scanner / Échographic Analyses médicales / Laboratoire
2.3 Médicaments	Médicaments de spécialité et/ou de marque (uniquement pour chirurgie) Médicaments génériques
2.4 Consommables médicaux	
2.5 Chirurgie	
3. Maternité	
3.1 Consultation	Consultation gynécologie
	Consultation prénatale
	Consultation post-natale
	Planning familial
3.2 Accouchement	Accouchement simple
	Accouchement avec complications
	Césarienne
3.3 Hospitalisation	Forfait de séjour (frais de lit, examens médicaux, médicaments,...)
3.4 Examens médicaux	Radiographic / Scanner / Échographic
	Analyses médicales / Laboratoire
3.5 Médicaments	Médicaments de spécialité et/ou de marque (uniquement pour les césariennes)
	Médicaments génériques
3.6 Consommables médicaux	



5.2 Risques couverts

Les principaux risques couverts par les mutuelles sont ceux liés :

- Aux maladies (hormis les maladies chroniques)
- Les accouchements
- Les chirurgies
- Les épidémies
- Les accidents

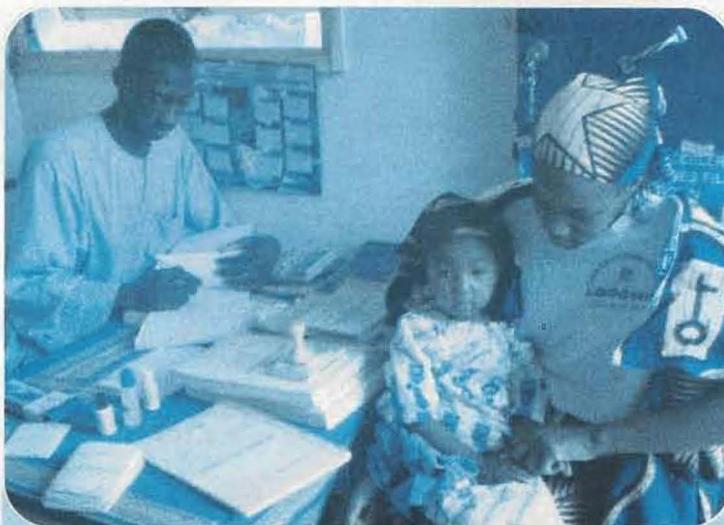
Illustrations : Quelques cas marquants pris en charge par les mutuelles



1- Les triplets observables sur la photo 1 sont nés prématurés (avec un poids moyen de 1300g contre 2500g pour la normale) au centre de santé intégré de Mbang Mboum. Evacués à l'hôpital protestant de Ngaoundéré où le plateau technique était plus approprié pour le suivi de nouveaux nés en situation aussi délicate, ils ont été pris en charge par l'Union des mutuelles à l'Hôpital protestant au mois de septembre 2007.



Les triplets à la salle d'accueil de l'Hôpital Protestant de Ngaoundéré



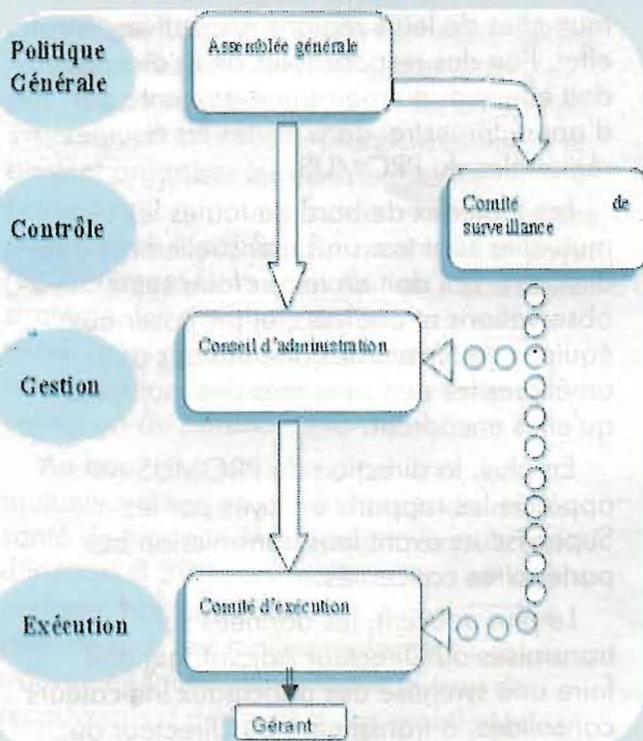
La prise en charge d'un mutualiste commence au bureau de la mutuelle



6.1 Mode de fonctionnement

Le fonctionnement des mutuelles de santé est basé sur une organisation claire, et sur une série d'outils de gestion adaptés pour permettre une gestion objective de l'assurance. L'organigramme type d'une mutuelle de santé présente les principaux organes de fonctionnement des mutuelles. Les rôles et attributions des organes sont clairement définis dans les textes de base des mutuelles.

Fig.2 Organigramme type d'une Mutuelle de santé



A - L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

C'est l'instance suprême de la Mutuelle. Elle se réunit une fois l'an en session ordinaire, et en session extraordinaire, chaque fois que nécessaire, sur proposition du Bureau Exécutif, du Conseil d'Administration, du Comité de Contrôle ou des deux tiers des membres.

L'Assemblée Générale définit la mission de la mutuelle et formule sa philosophie générale. A ce titre, elle :

- 1) Approuve le statut;
- 2) Examine et approuve les rapports d'activités des divers organes ;
- 3) Elit les membres des organes ;
- 4) Fixe les droits d'adhésion et les cotisations annuelles ou mensuelles ;
- 5) Entérine le bilan présenté par le Conseil d'Administration et approuve le nouveau programme d'action.

B - LE GÉRANT

Il est employé de la mutuelle ; il centralise toutes les informations de gestion de la mutuelle. Il procède ensuite à l'enregistrement systématique des opérations effectuées au cours du mois. Les documents qu'il utilise sont les suivants: registre de cotisations, registre de bénéficiaires, registre des prestations, journal de caisse, livre de banque, fiche de stock et carnet de reçus. A la fin du mois il récapitule tous les enregistrements dans les documents de suivi (fiche de suivi mensuel, le tableau de bord).

C - LES CONTRÔLEURS

Les contrôleurs sont les membres du Comité de surveillance. Ils contrôlent et approuvent l'enregistrement des données effectué par le gérant dans les documents de suivi, après avoir procédé au contrôle des autres aspects de la gestion de la mutuelle.

D- LE BUREAU EXÉCUTIF, BUREAU DU CA, ET CA DE LA MUTUELLE

Ce sont les principales instances de gestion de la mutuelle. Une synthèse des ➔



➤ principaux indicateurs enregistrés doit leur être transmise afin de leur faciliter la prise de décisions en toute objectivité. Bien entendu, il vaut mieux qu'ils attendent les propositions de l'appui technique (SAILD) avant de mettre à exécution leurs décisions.

rédigé. Puis il procède à la saisie des données prélevées dans les mutuelles dans la base de données de sa région, qu'il transmet ensuite par internet à la Direction.

E - SUIVI AU NIVEAU DU SAILD PROMUS

Ces organes fonctionnent sous le regard du SAILD qui a mis sur pied un mécanisme de suivi dont les tâches sont bien réparties entre l'équipe de terrain et le Direction.

Il Rédige avec l'équipe un rapport d'activités trimestriel,

Rédige avec l'équipe un rapport d'activité par semestre.

Rédige la note d'avancement des activités à soumettre aux partenaires.

● L'Animateur

C'est un agent du SAILD qui travaille en contact permanent avec les communautés accompagnées dans le processus de création des mutuelles de santé. Dans le cadre du suivi-évaluation des mutuelles, il vérifie le travail fait par les gérants et les contrôleurs et valide le remplissage et enregistre les données pour transmission au Superviseur au bureau de l'antenne provinciale du PROMUS.

● La direction

C'est le principal centre de coordination et d'orientation du PROMUS. Elle coordonne les activités du PROMUS, et a pour mission d'accompagner les différentes antennes dans l'accompagnement des mutuelles de leurs régions respectives. A cet effet, l'un des responsables de la direction doit effectuer au moins une descente par d'appui trimestre dans toutes les équipes régionales du PROMUS.

Les données présentées par chacun des animateurs sont analysées au cours d'une réunion d'antenne puis, et des recommandations sont faites pour améliorer les performances des mutuelles. Lesquelles recommandations doivent être rapportées au Bureau Exécutif ou au CA lors d'une réunion au bureau de la mutuelle, pour planifier les activités du prochain mois. Après avoir échangé avec le superviseur, il rédige un rapport synthétique de ses activités du mois.

Les tableaux de bord de toutes les mutuelles sont transmis mensuellement à la direction, qui doit en retour faire ses observations et analyses, et proposer aux équipes de terrain des orientations pour améliorer les performances des mutuelles qu'elles encadrent.

● Le Superviseur

C'est un cadre du SAILD qui assure la mise en oeuvre du plan d'action de SAILD PROMUS au niveau de l'antenne provinciale. Dans le cadre de suivi évaluation des mutuelles, il coordonne les activités du terrain et le travail des animateurs. Il effectue au moins une descente tous les deux mois dans chaque mutuelle dans sa zone de couverture.

En plus, la direction du PROMUS apprécie les rapports envoyés par les Superviseurs avant leur transmission aux partenaires concernés.

Le plus souvent, les données sont transmises au Directeur Adjoint, qui doit faire une synthèse des principaux indicateurs consolidés, à transmettre au Directeur du PROMUS.

Il anime les réunions mensuelles d'évaluation et de planification au niveau de l'antenne, dont un procès verbal est

La direction du PROMUS organise à la fin de chaque semestre des journées bilan de toute l'équipe, journées au cours desquels les différentes équipes régionales du PROMUS échangent sur les activités menées et les résultats réalisés au cours du semestre, arrêtent de grandes orientations et planifient les activités du semestre suivant.

Un rapport semestriel d'activités est élaboré par la Direction, et transmis au CA et aux partenaires ●



7.1 La mobilisation des cotisations

Deux stratégies de mobilisation des cotisations ont été expérimentées avec plus ou moins des succès dans le district de santé de Ngaoundéré à savoir la mobilisation par les responsables et la mobilisation par les mobilisateurs communautaires.

A - MOBILISATION PAR LES RESPONSABLES

L'activité est d'abord réalisée par les membres des comités de pilotage, qui font les premières mobilisations des adhésions et cotisations jusqu'à la tenue de l'AGC où les responsables de la mutuelle sont élus. Dès lors, les personnes élues dans les différentes instances de la mutuelle prennent fonction et doivent organiser les campagnes de sensibilisation, pour informer et mobiliser les populations à adhérer à la mutuelle et payer régulièrement leurs cotisations. Dans cette stratégie, les membres ont le choix entre verser leurs cotisations auprès desdits responsables, ou payer eux-mêmes leur cotisation au bureau de la mutuelle.

Au bout d'une année d'activités, les 7 mutuelles mises en place dans le district de santé de Ngaoundéré avaient réussi le pari d'inscrire 8 290 personnes, ce qui est une performance particulièrement appréciable. Performance qui malheureusement s'est trouvée atténuée par le faible niveau de recouvrement des cotisations mobilisées auprès de ces populations, et qui est allée s'amenuisant depuis lors. En effet, le taux de recouvrement moyen des cotisations se situait en 2007 autour de 45,90% en 2007, puis à 12,98% en mai 2008. Des facteurs qui peuvent justifier cette baisse de performance constatée dans les mutuelles, les plus marquants sont le caractère bénévole des fonctions des responsables élus, sur lesquels repose entièrement la mobilisation des ressources des mutuelles. De plus, l'éloignement des villages par rapport au bureau de la mutuelle constitue

un frein important à la contribution spontanée des populations.

En effet, après des premiers mois marqués par un enthousiasme particulier pour ce nouveau mécanisme porteur d'une solution importante face à la pauvreté des populations pour se soigner, l'on a constaté une baisse progressive de l'implication des responsables des mutuelles dans les activités de sensibilisation, du fait d'un manque criard de motivation. Encore que les responsables élus qui très souvent n'avaient pas participé aux comités de pilotage (et donc n'étaient pas là au moment des premières adhésions), ne connaissaient pas un certain nombre d'adhérents et ne pouvaient pas les suivre.

Pour ce qui est de l'éloignement du bureau des mutuelles, les personnes qui voudraient s'y rendre pour payer leur cotisation sont tout simplement découragées par la distance à parcourir, et préfèrent vaquer à leurs occupations quotidiennes.

B - MARKETING DES MUTUELLES PAR DES MOBILISATEURS COMMUNAUTAIRES

Le système de mobilisation par les responsables bénévoles ayant montré ses limites pour une mobilisation optimale de cotisations, et partant pour assurer à lui seul la viabilité des mutuelles, une stratégie marketing combinant une rémunération (très faibles) des sensibilisateurs et la proximité des points de collecte des cotisations est en cours d'expérimentation: la sensibilisation par les mobilisateurs communautaires. Les mobilisateurs communautaires sont choisis soit parmi les membres du Comité de



Le présent projet a été conçu dans une logique d'autonomie à tous points de vue et cela dès le départ. Le mécanisme de pérennisation est mis en place tant au niveau des mutuelles de base que de l'Union, structure faîtière mise en place au niveau du district.

8.1 Au niveau des mutuelles de base

A - SUR LE PLAN TECHNIQUE

Pour favoriser l'appropriation des systèmes par les communautés bénéficiaires, elles sont impliquées dès le départ du processus de mise en place de la mutuelle à travers des comités de pilotage qui participent non seulement à la mobilisation des premières adhésions mais aussi à la définition du système (étude de faisabilité et restitution). Puis ce sont les personnes désignées par la communauté au cours de l'assemblée générale constitutive qui gèrent entièrement la mutuelle, les interventions de la structure d'appui étant limitées au conseil technique, à la formation des responsables sur des questions spécifiques et à un appui en matériel et fournitures de travail, selon les observations faites dans le cadre du suivi-évaluation permanent des mutuelles.

En effet, le processus commence par la mise en place d'un comité dit d'Initiative choisi par les populations et qui reçoit la formation requise de la part des animateurs du SAILD, formation devant leur permettre d'aller vers les populations pour leur expliquer l'idée du projet afin les intéresser et mobiliser les premières adhésions et cotisations. La mission de ce comité va jusqu'à la tenue de l'Assemblée Générale constitutive. A l'AGC, les dirigeants de la mutuelle qui naît sont élus par la communauté et par la communauté. La priorité étant donnée aux membres du CI qui se sont distingués par leur dynamisme. Dès lors, les responsables prennent fonction, recrutent le/la Gérant(e) qui se chargera au quotidien de l'accueil des mutualistes au bureau de la mutuelle qui généralement se

trouve au sein de la formation sanitaire.

Une première session de formation à l'intention des élus et du Gérant est organisée sur *les techniques de gestion administrative, technique et financière et la tenue des documents de gestion*. Dès lors, les animateurs du PROMUS s'attèlent au renforcement de la mise en application des notions reçues.

D'autres sessions de formations spécifiques sont organisées en faveur des différents organes, selon leurs attributions et les difficultés identifiées lors des descentes de suivi. Ainsi, progressivement les populations vont s'approprier le mécanisme et continuer les aspects techniques qui vont garantir la viabilité des mutuelles de base.

Un mécanisme de suivi très rigoureux par l'équipe du PROMUS est mis en place et ceci dans l'optique de former les responsables de la mutuelle sur le suivi évaluation permanent. En effet, chaque mois les animateurs descendent dans la mutuelle pour la collecte des données de base. Au cours du suivi :évaluation mensuel, des fiches mensuelles et des tableaux de bord sont produits par mutuelle et analysés à tous les niveaux en utilisant les ratios internationalement acceptés en la matière. Progressivement, les responsables de la mutuelle et le gérant sont formés sur la collecte des données, le calcul des ratios et l'analyse des informations ce qui permet de



8.1 Au niveau des mutuelles de base

➔ comprendre l'évolution de la mutuelle. Au cours de la séance de travail, des conseils sont prodigués aux Conseils d'Administration des mutuelles pour prendre les mesures qui s'imposent.

B - SUR LE PLAN FINANCIER

Les mutuelles sont gérées comme des entreprises solidaires. Le calcul de la cotisation est fait de telle sorte qu'il puisse intégrer tous les coûts de fonctionnement, des prestations et même une petite réserve en cas de difficultés. Un fonds de garantie a été mis en place en 2009 au niveau de l'union, pour faire face aux difficultés.

Mais la viabilité financière n'est atteinte que progressivement, en fonction de l'évolution des adhésions et de la maîtrise par les populations. Pour accélérer le processus, une équipe de personnes dites

de Mobilisateurs communautaires est recrutée et formées pour sillonner les villages afin de collecter les frais d'adhésion et les cotisations afin de les reverser dans la caisse de la mutuelle. Ces mobilisateurs sont rémunérés sur la base des cotisations mobilisées à raison de 10% de la somme apportée. Les frais de motivation sont calculés mensuellement ou trimestriellement selon l'entente des membres de l'équipe et des responsables de la mutuelle. Les calculs sont faits par les membres du Comité de contrôle qui arrêtent le montant et informent le PCA qui ordonne le décaissement.

Pour la sécurisation des fonds des mutuelles, chaque mutuelle ouvre un compte d'épargne avec trois signatures à savoir celle du PCA, du Vice PCA et du Trésorier dont signatures acceptables avec celle du Trésorier obligatoire ●

8.2 Au niveau du District de santé : L'union des mutuelles du district

Afin d'aider les mutualistes à accéder aux soins non disponibles au niveau local, une union des mutuelles a été mise en place au niveau du District de santé. Ses principales attributions sont les suivantes :

- La création d'un service commun de gestion et d'appui technique
- La gestion des soins hospitaliers
- La gestion de l'inter mutualité
- La constitution d'un fonds commun de garantie
- La représentation des mutuelles auprès des instances
- Le lobbying et le plaidoyer pour les questions de mutualité
- Œuvrer pour une harmonisation des coûts des soins dans les formations sanitaires
- La formation des membres
- La gestion de conflits éventuels intra mutuelle et inter mutuelles

Ce mécanisme de pérennisation obéit à la même logique que dans les mutuelles de base, à la différence ici que les membres sont les mutuelles et les responsables sont issus de toutes les mutuelles de base. L'union c'est un niveau plus élevé de partage du risque, en ceci que les membres de n'importe quelle mutuelle du district contribuent de façon solidaire et en même temps à la couverture de ceux des autres aires de santé, pour ce qui est des cas compliqués, qui nécessitent une évacuation. Ce qui élargit la base de la solidarité à tout le district de santé.

A - SUR LE PLAN TECHNIQUE

Afin de permettre à l'Union de jouer pleinement son rôle, un Service Commun de Gestion et d'Appui Technique (SeCGAT) qui devra relayer le SAILD PROMUS par retrait dégressif de celui-ci. Pour ce faire, un ➔



➔ dispositif de formation continue est mis en place.

Il s'agira de mettre en place un dispositif ou un mécanisme de collecte, de traitement, d'analyse, de sauvegarde et de diffusion des informations sur les mutuelles. Pour cela des compétences avérées sont requises. C'est pourquoi un Service Commun de Gestion et d'Appui Technique (SeCGAT), structure prestataire qui va être mise en place de façon progressive avec l'appui du SAILD PROMUS et à la tête de laquelle sera recruté un Coordinateur Technique secondé par une Secrétaire/gérante. La structure sera dotée d'un ordinateur pour disposer à temps réel des données sur les membres et les prestations. Il s'agira aussi de former le personnel de cette structure dans la gestion (gestion des références, collaboration avec l'hôpital norvégien, gestion administrative et notamment l'appui aux unions, aux mutuelles de base et à la fédération provinciale des mutuelles).

Parallèlement à la mise en place de cette structure, les responsables seront progressivement formés sur les techniques de gestion administrative et financières. Des sessions de formation seront organisées à leur intention et avec un mécanisme de suivi bien élaboré, leurs capacités seront renforcées.

B - SUR LE PLAN FINANCIER

La viabilité financière de l'Union suit le même rythme que les mutuelles de base, étant donnée que le fonctionnement de l'Union est très étroitement lié à celui des mutuelles de base. En effet, sur les cotisations versées par les adhérents dans les mutuelles 37% soit sont reversés à l'union pour les prises en charge des soins de second niveau. Le SAILD a doté l'Union d'un fond de démarrage.

Entant que structure faîtière, une des attributions de l'Union est de venir en aide aux mutuelles de base qui rencontrent des difficultés et qui n'arrivent pas à payer leurs factures auprès des formations sanitaires. C'est la raison pour laquelle un fond de garantie a été mis sur pied, dont la

mobilisation est spécifiée par l'article 11 du Règlement Intérieur de l'Union qui stipule que 13% des cotisations issues des mutuelles doivent être reversés dans un compte bloqué. Les conditions de gestion de ces fonds sont également décrites dans le règlement intérieur de l'union.

DESCRIPTION DU FONDS DE GARANTIE DE L'UNION :

Le fonds de garantie c'est un fonds mis en place au niveau d'un groupe de mutuelles (union, réseau,...) auquel un système de microassurance (mutuelle) santé peut faire appel en cas de difficultés financières. Généralement le fonds de garantie intervient sous forme de crédit au système de microassurance santé qui le sollicite. Les cas qui permettent de recourir au fonds de garantie sont définis avec précision. L'intervention du fonds de garantie peut être conditionnée à des modifications dans le fonctionnement du système de microassurance santé, s'il s'avère que ledit système ne remplit pas certains critères. Le fonds de garantie permet:

- Garantir le paiement des factures des formations sanitaires au démarrage des mutuelles
- De permettre aux mutualistes de continuer à bénéficier de soins en cas de cessation de paiement des factures par leur mutuelle
- Eventuellement de permettre de liquider une mutuelle

Le crédit octroyé par le fond de garantie doit être remboursé au plus en un trimestre, et un certain nombre de critères doivent être rempli avant l'octroi du crédit.

Un tel fonds permettrait de sécuriser à la fois les mutualistes et les prestataires de soins, et augmenterait sérieusement la crédibilité des mutuelles. Le fonds de garantie doit être soustrait de la gestion quotidienne et n'être utilisé que sur accord de l'Assemblée Générale et que même très souvent, il est gardé hors de portée des mutuelles (services d'appuis, bailleurs etc.)

Ainsi, les mutuelles membres des unions qui auront réussi à mettre sur pied un fond ➔



de garantie disposeront d'un mécanisme qui leur permettra en cas de difficulté de solliciter un petit crédit, dont l'échéance de remboursement sera arrêtée de manière consensuelle. Ce qui à tout point de vue constitue un élément de plus pour renforcer la pérennité des mutuelles, dont la situation actuelle laisse sérieusement à désirer.

Cela dit, la mise en place d'un tel mécanisme nécessite un approfondissement sur les mécanismes de financement du fond, les mécanismes de gestion et les conditions d'accès à l'appui du fond de garantie par les mutuelles membres du réseau concerné :

a) Constitution du fond de garantie :

Le fonds de garantie est financé par les mutuelles membres, l'Etat, des bailleurs de fonds et des structures d'appui. Le fonds est constitué par :

les contributions des mutuelles membres du réseau ou de l'union:

Le règlement intérieur de l'union précise les modalités de contribution des mutuelles au fonds de garantie. En effet, il y est stipulé que 13% des cotisations versées par les mutuelles seront allouées au fonds de garantie.

Les montants versés par chaque mutuelle constituent une épargne, qui pourrait être restituée à la mutuelle concernée en cas d'arrêt définitif des activités.

les revenus éventuels des AGR réalisées par le réseau ou l'union:

Les unions et réseaux de mutuelles peuvent réaliser des activités génératrices de revenus, avec pour ambition de contribuer plus efficacement au soutien du fonctionnement des mutuelles membres. Une partie des bénéfices obtenus de telles activités doivent être reversés dans le fonds de garantie, en vue de renforcer la capacité d'intervention de l'union en faveur de ses membres

les excédents d'exercice:

Une partie des excédents réalisés à la fin de chaque exercice budgétaire par l'union sera prélevée pour alimenter le fonds de garantie.

Il s'agit ici de l'Etat, les communes, les

élites de la communauté concernée, les partenaires techniques et financiers de la mutuelle, la structure d'appui technique. Afin de lancer la dynamique, le SAILD apportera une contribution pour le démarrage du fond de garantie, si les mutuelles ont versé leur cote part.

b) Gestion du fonds de garantie:

- Un comité restreint composé 4 des présidents de mutuelles membres de l'union, du PCA de l'union, et du Superviseur régional du SAILD PROMUS (qui pourra au besoin déléguer un de ses animateurs pour le représenter).
- un compte sera ouvert dans une institution financière de la place, au nom de fonds de garantie de l'union, dont les signataires comprendront:
 - le président de l'union/du réseau concerné
 - le superviseur du SAILD PROMUS
 - un membre du comité de gestion du fonds de garantie, désigné par le comité.

Bien entendu, l'implication du SAILD PROMUS dans le comité de gestion du fonds de garantie est temporaire, et n'a pour objectif que de s'assurer de la fiabilité de la gestion du fonds de garantie. Le SAILD PROMUS retirera progressivement sa responsabilité du comité de gestion s'il a la garantie que le fonds est géré de manière satisfaisante.

c) Accès à l'appui du fonds de garantie

Etant donné l'impératif de pérennité pour le fonds de garantie, des mesures strictes doivent être prises en compte:

- avoir payé son adhésion (frais de constitution du fonds de garantie), soit 10.000 FCFA
- être à jour de ses cotisations annuelles
- avoir participé régulièrement aux activités de l'union,...
- l'appui octroyé par l'union à une mutuelle ne peut excéder 100000 FCFA
- le fonds de garantie intervient sous forme de crédit remboursable en 3 mois, et n'est rebouvable que si la mutuelle s'est complètement acquitté de ses dettes vis-à-vis du fonds de garantie..../.....

