



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

## CESAG SANTE



### MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

#### DIPLOME DE MASTER OF BUSINESS AND ADMINISTRATION (MBA) EN GESTION DES SERVICES DE SANTE

#### OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE

### THEME :

**L'ANALYSE DE LA GOUVERNANCE DES MUTUELLES  
DE SANTE AU SENEGAL : CAS DE LA MUTUELLE DE  
SANTE DU CAP-VERT DE DAKAR**

Préparé par :

M. Elhadji Amadou Thimbo

Sous la direction du :

Pr Ibrahima Seck, MD, MPH, PHD

Maitre de conférences Agrégé en Santé Publique

Directeur des études

SMPSP /ISED/UCAD,

Enseignant Associé au CESAG

Avril 2016

## *Dédicaces*

### *Je dédie ce mémoire à :*

- Mes parents,
- Mes épouses : Kouady Abdoul Thimbo, Aminata Dia
- Mes enfants : Aïssatou, Mariam, Aminata et Hamady El hadji
- Feu Abdoul Thimbo, que la terre lui soit légère.
- Papa Hamady, tous mes frères et sœurs,
- Mes amis : les « Moussadji »,
- Mes professeurs.

# *Remerciements*

Je tiens à remercier tous ceux, qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail,

Le Professeur Professeur Ibrahima Seck pour m'avoir offert l'opportunité de réaliser ce travail, sa disponibilité ainsi que pour ces encouragements, son soutien moral et intellectuel.

Je tiens aussi à manifester ma gratitude :

- A toute l'administration de CESAG SANTE,
- A Monsieur Ababéker Mbengue, Directeur Général de l'agence de la couverture maladie universelle,
- A Monsieur Sérigne Diouf, Directeur régional couverture maladie universelle « Dakar » pour les conseils et l'encadrement durant le stage,
- Au Professeur Oumar Ndir, Président de la MUSCAV
- Au Secrétaire Général de la MUSCAV, Makhtar Samb
- Au Secrétaire Général Adjoint, M. Mame Samba Diop
- A la Trésorière Mlle Yaye Cathy Gueye
- Mention spéciale à la 25<sup>eme</sup> promotion de CESAG SANTE.

## Liste des sigles et abréviations

<b>BAD</b>	:	Banque Africaine de Développement
<b>BIT</b>	:	Bureau International du Travail
<b>CEDEAO</b>	:	Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest
<b>CIT</b>	:	Conférence Internationale du Travail
<b>CMU</b>	:	Couverture Maladie Universelle
<b>CONSAS</b>	:	Concertation Nationale sur la Santé et l’Action Sociale
<b>DECAM</b>	:	Décentralisation Communautaire de l’Assurance Maladie.
<b>EDS-MICS</b>	:	Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples
<b>FNGMS</b>	:	Fonds National de Garantie des Mutuelles Sociales
<b>FNR</b>	:	Fonds National de Retraite
<b>IPRES</b>	:	Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal
<b>MGEN</b>	:	Mutuelle Générale de l’Education Nationale
<b>MS</b>	:	Mutualité Socialiste
<b>MSAS</b>	:	Ministère de la Santé et de l’Action Sociale <b>MUSCAV</b> : Mutuelle de Santé du Cap Vert
<b>OIT</b>	:	Organisation Internationale du travail
<b>OMD</b>	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONAMS</b>	:	Office National de la Mutualité Sociale
<b>ONU</b>	:	Organisation des Nations Unies
<b>OOAS</b>	:	Organisation Ouest Africaine de la Santé
<b>PH plus</b>	:	Partner for Health Reform plus
<b>PNDS</b>	:	Plan National de Développement Sanitaire
<b>UE</b>	:	Union Européenne
<b>UEMOA</b>	:	Union économique monétaire ouest africaine
<b>UNICEF</b>	:	Fonds des Nations Unies pour l’enfance

## Liste des tableaux

Tableau I : Rôles des mutuelles de base, unions départementales et régionales des mutuelles de santé ((Source DECAM plan stratégique 2013-2017) .....	14
Tableau II: Liste des structures sanitaires conventionnées .....	37
Tableau III : Liste des officines pharmaceutiques conventionnées.....	37
Tableau IV Types de services couverts et taux de couverture : .....	43
Tableau V : Tableau prévisionnel des réunions .....	45
Tableau VI : Evolution de nombre d'adhérents et de bénéficiaires .....	47
Tableau VII : Mouvement du compte de la MUSCAV au crédit mutuel Sénégal du CMS. ...	51
Tableau VIII: Le compte de trésorerie .....	52
Tableau IX: Dépenses de prestation selon les structures .....	53
Tableau X : Compte de résultat exercice 2015 .....	54
Tableau XI : Bilan exercice 2015.....	54
Tableau XII : La situation financière par les ratios.....	58
Tableau XIII : L'analyse la viabilité économique.....	59
Tableau XIV: Analyse FFOM.....	63
Tableau XV : Formation à la couverture Maladie Universelle à travers la redynamisation de la MUSCAV.....	76
Tableau XVI: Tableau récapitulatif.....	79
Tableau XVII : Plan d'action du comité de communication et sensibilisation de la MUSCAV .....	80
Tableau XVIII : Budget par activités du comité de communication et sensibilisation de la MUSCAV .....	81
Tableau XIX: Tableau de Bord .....	82
Tableau XX : Tableau des indicateurs de suivi et évaluation .....	83

## Liste des figures :

Figure 1 : Pyramide sanitaire .....	7
Figure 2 : Carte du Sénégal .....	21
Figure 3 : Evolution du (PIB) en 2014 : Source : DPEE.....	23
Figure 4 : Carte de la région de Dakar .....	24
Figure 5 : Organigramme de la mutuelle .....	35
Figure 6 : Evolution de nombre d'adhérents et de bénéficiaires en 2014.....	48
Figure 7 : Evolution de nombre d'adhérents et de bénéficiaires 2015.....	49
Figure 8 : Figure comparative de l'évolution de nombre d'adhérents et de bénéficiaires entre 2014 et 2015 .....	50
Figure 9 : Diagramme d'ISHIKAWA ou diagramme en arêtes de poisson.....	67
Figure 10 : Cadre logique :.....	72

## Résumé

En Afrique, la protection sociale est particulièrement préoccupante au regard de l'ampleur du secteur informel et de la pauvreté. Les mutuelles de santé constituent l'axe prioritaire choisi par le Gouvernement du Sénégal avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale à travers la couverture maladie universelle pour l'atteinte de l'objectif de 75% à l'horizon 2017.

L'objectif de cette étude est d'analyser la gouvernance des mutuelles de santé au Sénégal et plus précisément celle de la mutuelle de santé du Cap Vert de Dakar (MUSCAV) située au quartier Penc Santiaba, Rue 17 X 22 Médina Dakar (Sénégal).

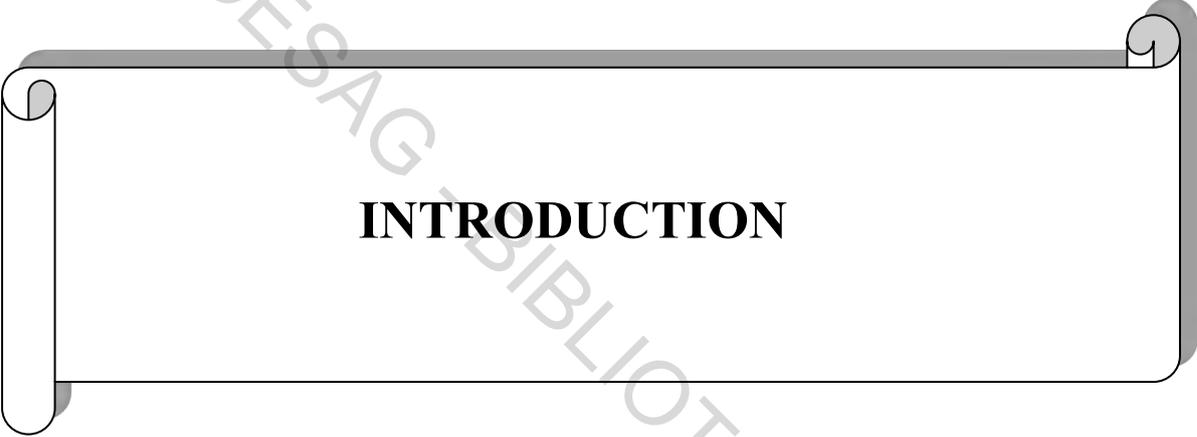
Les principes et pratiques d'analyses des mutuelles de santé au moyen de certains indicateurs, et de la méthode de résolution des problèmes, nous ont permis d'identifier les principaux problèmes prioritaires, à savoir la faible pénétration de la MUSCAV, et le problème des compétences techniques et financières (managériale, comptable et gestionnaire).

Aussi, cette étude a proposé un plan de mise en œuvre et un plan d'action pour résoudre les problèmes confrontés par la MUSCAV et toute autre mutuelle. Des recommandations ont été faites pour défendre l'avenir de la protection sociale, garantir le risque santé et associer les adhérents au processus de décision grâce à une bonne gouvernance des mutuelles de santé.

**Mots clés** : mutuelles de santé, gouvernance, compétence, Dakar.

# Sommaire

Dédicace .....	i
Remerciements .....	ii
Liste des sigles et abréviations .....	iii
Liste des tableaux .....	iv
Liste des figures .....	v
Résumé .....	vi
Sommaire .....	vii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE.....	5
Chapitre 1 : CADRE THEORIQUE.....	6
Chapitre 2 : METHODOLOGIE.....	25
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ENQUETE.....	31
Chapitre 3 : PRESENTATION DES RESULTATS.....	32
Chapitre 4 : ANALYSE DES RESULTATS.....	60
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION- IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS- PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....	64
Chapitre 5 : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION .....	65
Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	69
Chapitre 7: PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION .....	71
CONCLUSION GENERALE .....	86
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	88
ANNEXES .....	91
TABLE DES MATIERES .....	136



**INTRODUCTION**

CESAG BIBLIOTHEQUE

Au lendemain des indépendances, la charge financière liée au fonctionnement des systèmes de santé fut difficilement assumée par les Etats Africains. Le rôle régalien de l'état est d'assurer la santé, l'éducation et la sécurité de ces concitoyens. La part réelle des dépenses publiques dans le secteur de la santé a diminué progressivement dans de nombreux pays africains depuis les années 70. La situation n'a pas été améliorée avec les programmes d'ajustement structurel qui réduisaient à court terme les dépenses publiques affectées aux secteurs sociaux. Le plus souvent, il en a résulté une dégradation des infrastructures sanitaires, une pénurie de médicaments et une démotivation du personnel médical.

Pour faire face à ces problèmes, un Sommet des Ministres Africains de la Santé fut tenu à

Bamako en 1987, sous l'impulsion de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). A l'issue de ce sommet, fut lancée l'«Initiative de Bamako» qui avait pour objectif d'étendre l'accès aux soins de santé primaires. Cette initiative prévoyait également une plus grande participation de la population à la gestion des centres de santé et au financement des soins (recouvrement des coûts) notamment pour améliorer l'approvisionnement en médicaments.

Cette réorientation des politiques de santé dans le cadre de l'Initiative de Bamako a permis d'améliorer la qualité des services de santé et un meilleur accès aux soins de base des populations défavorisées. Cependant, elle n'a pas résolu l'ensemble des difficultés d'accès aux soins lesquelles restent encore très importantes.

Les attentes des populations en matière de santé sont immenses. La santé, condition essentielle à la croissance et au développement est un facteur d'équilibre social.

C'est fort de ce constat, qu'elle est un droit fondamental, car la Constitution Sénégalaise en son article 17 stipule que : « l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier, l'accès aux services de santé et au bien être... ».

Les pays membres de l'OMS ont adopté à l'unanimité la résolution de la 58<sup>ième</sup> Assemblée mondiale de la santé, une résolution demandant à tous les pays membres de développer des systèmes de financement de la santé pour garantir à leur population un accès équitable à des services de santé de qualité.

Dans cette perspective, le 06 décembre 2012, la 67<sup>ième</sup> session de l'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté une résolution sur la couverture sanitaire universelle. Cette résolution appelle tous les Etats membres de l'ONU à éviter de recourir au paiement direct de soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais des mécanismes plus équitables et solidaires.

Au niveau régional, avec la volonté de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) de promouvoir la réglementation de la mutualité sociale des pays membres, le conseil des ministres de l'UEMOA a adopté le 26 juin 2009 le règlement n°07/2009/CM/UEMOA.

Le Gouvernement du Sénégal s'est investi dans cette dynamique internationale en cours.

C'est ainsi que le Président de la République du Sénégal a lancé en septembre 2013 le programme national de couverture maladie universelle (CMU), une des priorités de son agenda politique et à assigner au Ministère de la Santé et de l'Action sociale chargé de sa mise en œuvre un objectif intermédiaire de couverture de 75 % à l'horizon 2017.

En effet, le développement de la CMU de base à travers les mutuelles de santé est l'axe prioritaire de ce plan de développement stratégique.

Les mutuelles se heurtent parfois à des problèmes de viabilité qui rendent leur mise en œuvre difficile.

L'objectif général de cette étude, est d'analyser la gouvernance des mutuelles de santé au Sénégal et plus précisément celle de la mutuelle de santé du Cap Vert de Dakar située au quartier Penc Santhiaba, Rue 17 X 22 Médina Dakar (Sénégal).

En objectifs spécifiques, nous allons :

- décrire la structure de la gouvernance institutionnelle et fonctionnelle de la mutuelle de santé du cap vert (MUSCAV) ;
- analyser les facteurs de promotion ou d'entraves aux bonnes pratiques de la responsabilité et de la transparence. ;
- faire la revue des lois et règlements divers en rapport avec la bonne gouvernance de la mutuelle de santé du cap vert (MUSCAV) ;

- analyser l'utilisation des outils de suivi de la gestion financière au sein de la mutuelle ;
- analyser les forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) de la mutuelle.

De cette analyse nous étudierons, d'abord le contexte, les objectifs, les concepts de la gouvernance et de la mutualisation.

Dans la première partie, nous parlerons du cadre théorique et méthodologique, et lors de la deuxième partie, nous verrons le cadre analytique de la gouvernance de la mutuelle de santé du Cap-Vert de Dakar (MUSCAV). Et enfin dans la troisième partie, après la détermination des causes et leur priorisation, nous procéderons à une identification, priorisation des solutions et élaborons un plan de mise en œuvre.

GESAG - BIBLIOTHEQUE

**PREMIERE PARTIE :**  
**CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE**

# Chapitre 1 : CADRE THEORIQUE

## 1.1. Problématique

### 1.1.1. Contexte et justification

La mise en œuvre des programmes et projets du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a contribué de manière significative à l'amélioration de l'état de santé des populations.

Au titre des résultats enregistrés et obtenus à partir de l'Enquête Démographique et de santé à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2010-2011), l'espérance de vie de la population générale s'est nettement améliorée ( 64,8 ans, source www.ansd.sn), le taux de mortalité infantile a évolué de manière satisfaisante passant de (61/1000 ) en 2005 à (47/1000 ) en 2010 et à 43 pour 1000 en 2012-2013, le taux de mortalité infanto - juvénile a connu aussi une baisse favorable en passant de (121 ) décès pour mille naissances vivantes à (72 )décès pour mille au cours de la même période et (65 ) en 2012.

Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans : 65% pour 1000 naissances vivantes.

La proportion d'enfants complètement vaccinés est de 79,3% (ECV 2013).

En ce qui concerne la santé maternelle, le taux de mortalité maternelle est passé de (401) décès pour cent mille naissances vivantes en 2005 à (392) décès pour cent mille naissances vivantes en 2012 (EDS 2011-2012).

L'indice synthétique de fécondité est passé de 6.6 à 5 tandis que l'utilisation des méthodes contraceptive par les femmes continue d'augmenter 22% pour toutes les méthodes confondues contre 20% pour les méthodes modernes en 2014 (EDS 2014). Le taux de fécondité de cinq demeure élevé et 10% des accouchements sont le fait des jeunes mères âgées de 15 à 19 ans

Au plan de la lutte contre les endémies, le Sénégal a fait aussi des progrès avec une diminution importante de la mortalité proportionnelle du paludisme qui est passé de 7,48% en 2013 à 3,59% en 2014 et un taux de prévalence du VIH /SIDA dans la population générale maintenu à 0,7% (EDS-MICS 2013).

Pour la tuberculose : pourcentage des cas détectés et adressés est passé de 52% en 2000 à 76% en 2011.

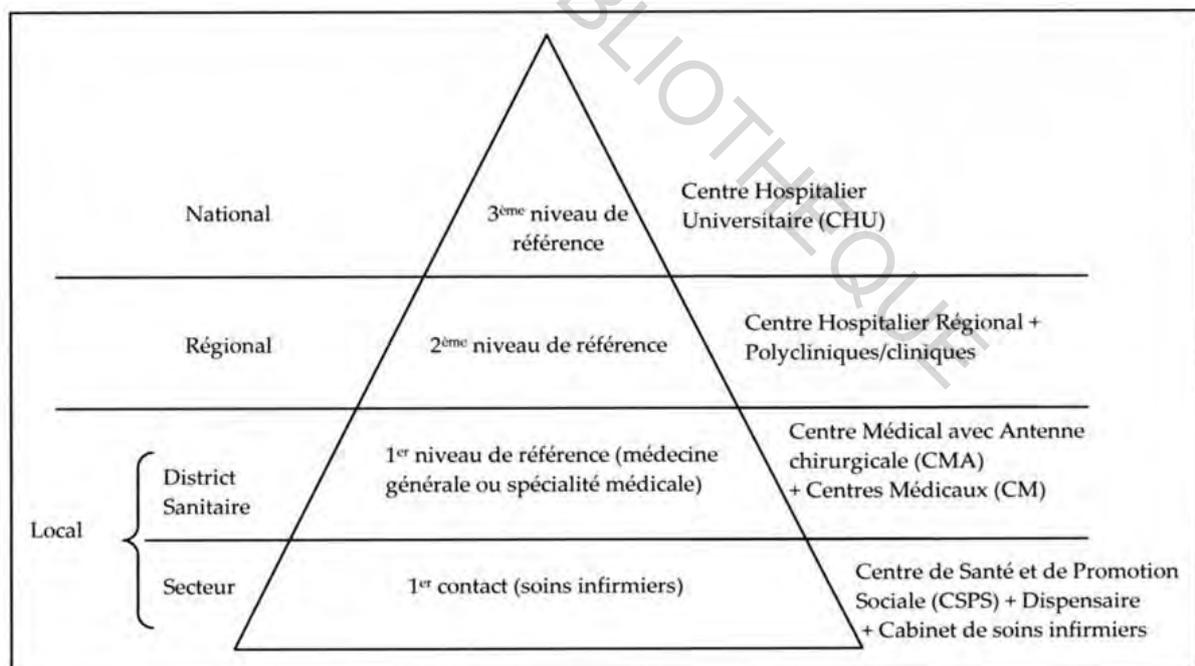
Le système de santé du pays est de type pyramidal et, est organisé selon trois niveaux :

Le niveau opérationnel (district sanitaire), le niveau intermédiaire (région médicale) et le niveau politique et de stratégie.

Le Sénégal compte 3084 structures de santé, 242 centres de santé y compris des centres médicaux de garnison, 86 hôpitaux, 1250 postes de santé y compris les infirmeries des maisons d'arrêt et de corrections, 1506 cases de santé et 38 centres de réinsertion sociale.

Le secteur privé joue également un rôle prépondérant dans la prestation des soins de santé.

Cependant, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé.



**Figure 1 : Pyramide sanitaire**

Malgré ces avancées, des contraintes demeurent et sont relativement dues à une instabilité institutionnelle du secteur, à une allocation insuffisante des ressources allouées pour la prise en charge des questions de santé, aux difficultés d'accès aux services de santé de qualité, à la

faible satisfaction de la demande, à la faiblesse du plateau technique des structures de référence , au surendettement des hôpitaux qui limite leur capacité d'intervention, à l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel de santé qualifiée et à leur inégale répartition au niveau du territoire national, à l'insuffisance de la coordination et de l'harmonisation de l'intervention des différents acteurs, à une insuffisance d'encadrement et de capitalisation de l'offre sanitaire privée et à la faible impulsion de la collaboration multisectorielle (une Concertation Nationale sur la Santé et l'Action Sociale (CNSAS) février 2013, page 7) .

A ces difficultés viennent se greffer d'autres facteurs liés à la persistance des déterminants sociaux liés à la pauvreté, à l'ignorance, au faible taux de scolarisation des femmes surtout en milieu rural, et enfin à des pratiques et croyances socio-culturelles néfastes pour la santé.

A la faveur du changement intervenu en 2012, l'accès de tous les sénégalais de toutes conditions socio-économiques des villes comme des campagnes à des services socio-sanitaires de qualité, a été hissé au rang des priorités comme en atteste l'engagement pris par le Chef de l'Etat dans son adresse à la nation à la veille de la fête de l'indépendance à rendre effectif la couverture maladie universelle (CMU) et organiser une Concertation Nationale sur la Santé et l'Action Sociale (CNSAS).

Dans cette démarche, une attention particulière a été accordée à la question de la prise en charge des groupes vulnérables. L'élargissement de la compétence du secteur de la santé à l'action sociale constitue un atout.

Pour faire face aux inégalités dans le système de la Santé et de l'Action sociale, il est nécessaire de relever le défi de l'extension de la couverture du risque maladie, mais aussi d'améliorer la gouvernance sanitaire, la qualité et la disponibilité de l'offre des services de santé et la prévention sanitaire.

Assurer l'accès aux services de santé de base à l'ensemble de la population a toujours constitué au Sénégal un objectif prioritaire. Cependant, même si d'importantes réalisations ont été enregistrées en matière d'investissements publics dans la santé, dans la couverture sanitaire du territoire et dans l'amélioration progressive des systèmes de santé mis en place, cet objectif est loin d'être atteint.

Au Sénégal, seulement une minorité de la population (20%) bénéficie d'une couverture sociale pour la prise en charge de ses frais médicaux, à travers les trois régimes existants : les régimes obligatoires, l'assistance médicale et les organisations mutualistes.

En effet, pour l'essentiel, les politiques développées n'ont pu profiter qu'à la frange de la population bénéficiant d'un emploi dans le secteur formel de l'économie. Ce qui, malgré le fait que la couverture était très imparfaite car n'offrant qu'une prise en charge partielle, contribuait à creuser l'écart avec le reste de la population qui ne bénéficiait d'aucune forme de couverture et devait, alors que plus démunie, se prendre entièrement en charge financièrement.. Se pose alors un problème structurel d'équité.

Or, la Couverture Maladie Universelle suppose l'accès pour tous à des soins de santé adaptés aux besoins, et à un coût abordable, que ce soit en matière de promotion de la santé, de prévention, de traitement ou même de réadaptation. C'est ainsi qu'une recommandation forte de la Conférence Internationale du Travail (CIT) qui date de 2001, pressait les pays membres de l'OIT à considérer qu'une «priorité absolue doit être donnée à la conception de politiques et d'initiatives propres à faire bénéficier de la sécurité sociale, ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes en vigueur ». Faisant écho à cet appel, le Bureau International du Travail (BIT) a lancé en 2003 une «Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous».

Le Sénégal prenant à son compte cette invite qui correspond à l'idéal de solidarité intergénérationnelle si caractéristique de notre peuple, a depuis de nombreuses années mis en œuvre diverses politiques, plus ou moins innovantes pour l'atteinte de ce noble objectif, qui du reste est consacré par la Constitution. Ainsi, en plus des nombreuses dispositions prises, des actes ont été posés pour la concrétisation effective de cet ambitieux programme de société qu'est la Couverture Maladie Universelle (CMU) :

Au niveau international et régional, le contexte reste marqué, comme cité plus haut par :

- la Résolution des Nations-Unies sur la CMU intervenue au cours de la 67ème Assemblée générale tenue le 06 décembre 2012 ;
- le Plan Stratégique 2009-2013 de l'Organisation Ouest africaine de la Santé (OOAS) de la CEDEAO ;
- le Projet d'Appui à l'Extension de la Couverture du Risque Maladie de l'UEMOA.

- Règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale

Au niveau national, beaucoup d'études ont été effectuées sur le plan stratégique :

- la stratégie de développement sanitaire contenue dans le Plan National de Développement Sanitaire 2 (PNDS2) et dont est issue, la Lettre-Circulaire n° 07806/MSPM/DES du 29 Décembre 2004,
- le Plan National de Développement Sanitaire prévu pour la période 2009-2018 (PNDS 2009-2018) ;
- les différentes consultations nationales sur la santé et l'action sociale (CONSAS) menées entre 2012 et 2013 ;
- le Plan Sénégal émergent 2012 -2035) ;
- la Stratégie d'Extension de la Couverture du Risque Maladie à travers son Plan stratégique de développement de la CMU au Sénégal 2013-2017.

La volonté des nouvelles autorités gouvernementales d'inscrire la protection sociale (bourses de sécurité familiales) et plus particulièrement la couverture maladie universelle comme source d'actions prioritaires, a amené le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale à organiser des concertations nationales sur la santé et l'action sociale dont l'une des recommandations phares est l'accélération de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie en mettant en place :

- Manuel des procédures administratives, financières et comptables des Initiatives de gratuité dans le cadre de la CMU.
- un plan d'information et de communication sur la CMU
- un Comité national interministériel de pilotage de la CMU
- la Création de l'Agence Nationale de la CMU
- l'Office National de la Mutualité Sociale (ONAMS) : Il est chargé du contrôle de la régularité de la constitution des mutuelles sociales, de la conformité des dossiers d'agrément, de la tenue du registre national d'immatriculation et du suivi des mutuelles sociales.
- Fonds National de Garantie des Mutuelles Sociales (FNGMS) : Il a pour objet principal de prévenir autant que possible les défaillances éventuelles des mutuelles et de garantir leurs engagements contractuels vis-à-vis de leurs membres participants.

- la signature d'un accord- cadre avec l'IPRES et le FNR pour la prise en charge hospitalière de leurs allocataires dans le cadre du Plan Sésame ;
- l'institution d'une prise en charge médicale pour les personnes éligibles au Plan Sésame qui ne sont allocataires ni de l'IPRES, ni du FNR ;
- la Note conceptuelle portant mise en œuvre de l'initiative de gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de cinq (5) ans ainsi que tous les textes et dispositifs concourant à l'atteinte des objectifs du millénaire en matière de développement (OMD) d'ici 2015.
- L'établissement de la carte d'égalité des chances pour les handicapés.

L'organisation de ces concertations nationales est suivie d'un Conseil interministériel sur la couverture maladie universelle avec comme principale recommandation l'extension de la couverture du risque maladie à toute la population avec l'objectif de couvrir 75% de la population en 2017.

Pour arriver à l'objectif de 75% d'ici 2017, la promotion et le développement des Mutuelles de santé est l'axe prioritaire de la CMU.

### 1.1.2. Revue de la littérature

#### 1.1.2.1. Généralités sur les mutuelles

Selon la définition de la Loi 2003-14 SEN, une mutuelle est « une association de personnes volontaires à but non lucratif, qui essentiellement par le **biais des cotisations de ses membres**, mène des actions de **prévoyance, d'entraide** et de **solidarité**, en direction d'elles-mêmes ou de leur famille en vue de prendre en charge les **risques socio-sanitaires** liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences ».

Une autre définition de l'UMEOA, stipule qu'une mutuelle est « un groupement qui, essentiellement au moyen **des cotisations de ses membres**, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, **une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité** visant la prévention **des risques sociaux** liés à la personne et la réparation de leurs conséquences ».

Une mutuelle sociale est « un groupement qui, essentiellement au moyen **des cotisations de ses membres**, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action **de prévoyance, d'entraide et de solidarité, visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences** ». (Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, organisation internationale du travail, Première édition 2003)

#### 1.1.2.2. Principes des mutuelles de santé :

Une mutuelle sociale met en jeu un instrument financier, l'assurance, et repose sur sept (7) principes de base:

- ❖ **Engagement solidaire** : l'engagement solidaire qui repose sur l'entraide mutuelle et sociale entre les membres, dans un souci de partage des risques ;
- ❖ **Adhésion volontaire et non discriminatoire** : une mutuelle de santé est une association facultative. L'adhésion des membres est donc volontaire, libre et ne souffre d'aucune discrimination raciale, ethnique, politique, religieuse ou sociale.
- ❖ **Autonomie et indépendance** : l'autonomie et l'indépendance qui impliquent la libre administration du patrimoine de l'institution dans le respect des règles prudentielles ;
- ❖ **Fonctionnement démocratique et participatif** : le fonctionnement démocratique et participatif qui s'entend de la participation des adhérents, soit directement soit par l'intermédiaire de leurs représentants, au fonctionnement de l'institution ;
- ❖ **But non lucratif** : le but non lucratif qui suppose que les activités soient conduites dans un but autre que de partager des bénéfices ;
- ❖ **Participation responsable** : dans le contexte des mutuelles de santé, la quête du bien être sur le plan de la santé se réalise à travers une mise en commun des ressources financières. Cette mise en commun en appelle à une plus grande responsabilité du membre quant à sa propre santé et à celle des autres. La participation responsable qui oblige l'adhérent à observer une certaine loyauté envers l'institution et envers les autres membres.
- ❖ **Bénévolat** : Le bénévolat qui consiste en la gratuité des fonctions exercées par les membres de l'organe dirigeant ;

La mutuelle est composée d'adhérents, membres d'honneurs et les bénéficiaires. Il s'agit d'un contrat tacite dont les termes sont décrits dans le règlement intérieur et le statut de la mutuelle

### 1.1.2.3. Les Fonctions de la MUSCAV

Le but de la mutuelle est d'améliorer l'accès aux soins de santé à travers l'entraide et la solidarité entre ses membres.

Les institutions mutualistes dans le cadre du DECAM, sont organisées à trois niveaux sur la base des principes de solidarité, de responsabilisation et de participation.

- Au niveau local, une mutuelle de santé communautaire est mise en place au niveau de chaque collectivité locale (commune).
- Au niveau départemental, une union départementale des mutuelles de santé communautaires est mise en place au niveau de chaque département administratif. Les mutuelles de santé communautaires et l'union départementale des mutuelles de santé remplissent des rôles complémentaires dans les fonctions (collecte des revenus, assurance maladie et mise en commun des risques, achat des soins de santé) sur la base du principe de subsidiarité.
- Les unions départementales de mutuelles de santé adhèrent à l'union régionale de mutuelles de santé de leur région respective et représentent leurs mutuelles membres au sein de l'union régionale. L'avènement des unions départementales dans le contexte du DECAM s'accompagne, cependant, d'une mutation des fonctions des unions régionales vers le renforcement de leurs rôles d'assistance technique (formation, partage des expériences, système d'information, suivi et appui-conseil) et d'intermédiation sociale entre les unions départementales, les hôpitaux régionaux et nationaux, l'agence de réglementation et les autres acteurs de développement au niveau régional. A terme, les unions régionales sont appelées, en collaboration avec les hôpitaux, à mettre en place des conventions cadres pour harmoniser les pratiques contractuelles entre les unions départementales et les hôpitaux et à mettre en place des organismes indépendants de traitement et de gestion des factures de soins pour rationaliser les relations contractuelles entre les unions départementales de mutuelles de santé et les hôpitaux. Les rôles des organisations mutualistes à différents niveaux sont décrits dans le tableau ci- dessous. (Tableau N°1).

**Tableau I : Rôles des mutuelles de base, unions départementales et régionales des mutuelles de santé ((Source DECAM plan stratégique 2013-2017)**

Organisations mutualistes	Rôles
<b>Mutuelles de santé de base</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation des populations de la collectivité de base.</li> <li>• Recrutement des adhérents au sein des populations</li> <li>• Collecte des cotisations</li> <li>• Relations contractuelles avec les postes et les centres de santé et les cabinets privés</li> <li>• Prise en charge du paquet de bénéfiques de base (postes et centres de santé, et cabinets privés)</li> <li>• Participation à l'identification des indigents et des groupes vulnérables en rapport avec les comités villageois, les comités de santé et les collectivités locales</li> <li>• Plaidoyer auprès des collectivités locales pour la prise en charge des indigents</li> <li>• Contribution au financement du Fonds départemental de solidarité santé proportionnellement au nombre de bénéficiaires</li> </ul>
<b>Union départementale des mutuelles de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation et plaidoyer sur la mutualité auprès des autorités locales.</li> <li>• Intermédiation sociale entre les mutuelles de santé communautaires et les partenaires au niveau du département</li> <li>• Participation au renforcement des systèmes d'administration, de gestion et de suivi/évaluation des MS en collaboration avec l'unité d'appui technique au niveau départemental.</li> <li>• Prise en charge du paquet de bénéfiques complémentaires (hôpitaux de niveau 1): mise en commun des gros risques.</li> <li>• Entretien des relations contractuelles avec les d'hôpitaux de niveau 1</li> <li>• Participation à la gestion du Fonds départemental de solidarité santé.</li> </ul>
<b>Union régionale des mutuelles de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Représentation et intermédiation sociale entre les unions départementales et les hôpitaux régionaux et nationaux, l'ONAMS, le FNG, le FNSS, le FNMS et autres acteurs au niveau régional (ARD, CL, PTF).</li> <li>• Appui à la mise en place de conventions cadre pour harmoniser les pratiques contractuelles avec les prestataires de soins.</li> <li>• Assistance technique (formation, partage d'expériences, système d'information, suivi).</li> </ul>

Pour renforcer l'interface entre les mutuelles de santé, le défi majeur de l'extension de la couverture et de l'impact de l'assurance maladie dans les secteurs ruraux et informels a trait à la nécessité de créer une synergie entre les interventions de l'Etat, des collectivités locales et les initiatives communautaires. Pour relever ce défi, le noyau dur de la stratégie de DECAM est la mise en place d'un partenariat effectif entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat pour étendre l'impact de la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux.

L'Etat, les collectivités locales et les mutuelles de santé communautaires partagent les mêmes valeurs fondatrices de solidarité, disposent d'avantages comparatifs, et apportent des ressources complémentaires dans l'extension de la couverture du risque maladie dans le secteur informel. L'Etat et les collectivités locales apportent au partenariat leur légitimité sociopolitique et leur responsabilité partagée d'essence constitutionnelle dans la protection de la santé des familles sénégalaises. L'Etat dispose de capacités légales, humaines et financières qui sont au-delà des capacités des mutuelles de santé communautaires et des communautés de base. Les collectivités locales offrent un cadre institutionnel, des expériences dans le développement local, une capacité importante de mobilisation des acteurs locaux et une équivalence structurelle qui constituent un capital social important pour étendre rapidement les mutuelles de santé dans le pays. Les mutuelles de santé communautaires, quant à elles, se basent sur la proximité, les valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle ambiantes dans les communautés de base du Sénégal pour engager et soutenir l'investissement des populations dans la santé. Le partenariat entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat sert de fondation à une nouvelle architecture de l'extension de la couverture du risque maladie dans le contexte de la décentralisation (DECAM).

Le partenariat entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat est décliné en une approche intégrée d'extension de la couverture du risque maladie dans le secteur informel et rural sur la base de six piliers suivants :

- Population cible des mutuelles de santé communautaires. : La population cible de la mutuelle de santé communautaire de la collectivité locale dans le cadre de l'approche DECAM couvre toutes les personnes résidentes de la collectivité locale d'implantation à l'exception des personnes qui bénéficient d'une couverture maladie basée sur l'emploi. Ainsi la population cible exclut toutes les personnes résidentes qui sont assujetties au régime des institutions de prévoyance maladie et leurs ayants-droits ou

les agents de l'Etat et leurs ayants-droits qui bénéficient du régime d'imputation budgétaire.

- L'adhésion aux mutuelles de santé est organisée sur une base familiale : en d'autres termes, lorsqu'une famille adhère à la mutuelle de santé, ce sont tous les membres de la famille qui deviennent bénéficiaires de la mutuelle de santé. Par ailleurs, les résidents de la collectivité de base appartenant à des groupes organisés reconnus (coopératives, groupements d'intérêt économique, groupements féminins, sociétaires des institutions de micro finance, etc.) peuvent s'associer pour adhérer en groupe dans les mutuelles de santé. Dans ce cas d'espèce, les instances de décision du groupe constitué décident délibérément d'adhérer à la mutuelle de santé. Lorsqu'un groupe adhère à la mutuelle de santé, ce sont tous les membres du groupe et leurs dépendants qui deviennent bénéficiaires de la mutuelle de santé.
- L'adhésion familiale ou l'adhésion en groupe sont la règle et l'adhésion individuelle est l'exception. L'exception de l'adhésion individuelle est admise dans le cadre d'arrangements contractuels entre le Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) et les mutuelles de santé pour la prise en charge des individus qui sont bénéficiaires des initiatives de gratuités du Ministère chargé de la santé.
- Le défi majeur dans ce domaine d'intervention est l'extension de la couverture du risque maladie aux acteurs du secteur informel et rural à travers les mutuelles de santé.
- Pour faire face à ce défi, il est nécessaire d'adapter l'organisation des mutuelles de santé et de leurs unions dans le contexte du système de décentralisation administrative afin qu'elles servent de relais entre les interventions de l'Etat (CAPSU, FNSS) et les ménages dans la gestion du risque maladie au niveau régional et local.
- En outre, l'adhésion aux mutuelles de santé sera renforcée à travers la communication de proximité, l'implication des collectivités locales et des acteurs de développement au niveau local, l'amélioration de la gouvernance et la professionnalisation de la gestion des mutuelles de santé, et l'encadrement technique des mutuelles de santé et de leurs unions.

#### **1.1.2.4. L'organisation de la gouvernance**

Les échelons de représentation à la MGEN, l'organisation du gouvernement d'entreprise permet à tout adhérent de participer, directement ou indirectement, à l'Assemblée générale et

d'être élu comme administrateur. Les adhérents peuvent également se présenter à l'élection au comité de section départementale.

Enfin, certains observateurs ont affirmé que même avec la meilleure gestion possible, les petites mutuelles (disons, ayant moins de 500 membres) sont particulièrement vulnérables en raison de la volatilité financière associée à la faible taille de leurs pools de risques. Par conséquent, on accorde maintenant de plus en plus d'attention aux plans de réassurance (qui consistent à assurer les mutuelles elles-mêmes par des assureurs ayant plus de ressources) ou au développement de plus grands pools de risques pour certains services plus coûteux.

#### **1.1.2.5. Responsabilité, transparence et Participation dans les mutuelles de santé**

Selon la BAfD : l'appui d'une bonne gouvernance, s'appuieront sur les éléments ci-après qui seront traduits en activités spécifiques :

- **Responsabilité**. Les élus et les organisations ayant un mandat public doivent rendre compte des actions spécifiques au public dont ils dérivent leur autorité. Dans un sens restreint, la responsabilité a trait à la capacité de rendre compte de l'affectation, de l'utilisation et du contrôle des biens publics conformément à des normes juridiques agréées. Dans un sens plus large, il s'agit de l'élaboration et de l'application effective de règles de gouvernance sociale.

- **Transparence** : La politique du gouvernement doit être connue de tous et l'administration doit agir de façon à ce qu'on ait confiance dans ses intentions.

- **Lutte contre la corruption** : Il convient d'apporter une aide pour lutter contre l'abus des fonctions officielles à des fins privées.

- **Participation** : Les parties prenantes doivent influencer sur la prise publique de décisions et participer à la gestion des ressources et des institutions qui affectent leur vie mettant ainsi un frein au pouvoir public. Ce processus se déroule à divers niveaux: à celui de la base et à ceux de l'administration locale, régionale et centrale, moyennant des formes souples et décentralisées de gouvernement.

- **Réformes juridiques et judiciaires** : Il convient de créer un système juridique et judiciaire favorable à la gouvernance et au développement dans lequel les lois sont claires et appliquées uniformément par un système judiciaire objectif et indépendant.

C'est ainsi que l'étude de la gouvernance, dans le mémorandum de l'organisation de la société civile sénégalaise sur la couverture maladie universelle en novembre 2013, les mutuelles à bases communautaires doivent respecter les règles de la bonne gouvernance (transparence et reddition des comptes) dans la gestion des ressources. Elles doivent aussi investir les cadres de concertations de la CMU au niveau national, départemental et régionale et d'y jouer un rôle actif afin de contribuer à la réussite de la CMU.

Dans le document de travail, sur « le développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leur impact », **par Pascal Ndiaye en juin 2006**, la transparence de la gestion et la démocratie interne sont aussi des déterminants importants pour les membres. Les acteurs ont reconnu que les aspects techniques à eux seuls ne garantissent pas la réussite des initiatives mutualistes car ces dernières sont des organisations qui se basent sur la participation sociale. La participation sociale est la mesure dans laquelle les parties prenantes jouent leur rôle dans la création, la promotion, et le développement des mutuelles. **La notion de participation va au-delà de l'inscription dans la mutuelle, le paiement des cotisations, et le respect de ses règlements et doit mener à l'appropriation de la mutuelle par ses membres.** Elle se concrétise ainsi au travers des instances de gestion et de décision des mutuelles de santé.

Ces instances de décision et de gestion ont parfois du mal à fonctionner car elles exigent aux personnes élues ou responsabilisées pour ces tâches une forte implication. De même, les membres doivent être en permanence incités à participer à la vie de la mutuelle. Pour cela, des informations doivent leur être transmises et des mécanismes de participation institués pour que la participation puisse permettre aux membres de pouvoir, en connaissance de cause, participer aux décisions et aux grandes orientations de la mutuelle.

Les débats des dernières années sur la nécessité d'une réforme financière profonde au plan prudentiel, suite à la crise financière et à ses répercussions graves sur la société dans son ensemble, ont conduit à une forte prise de conscience des enjeux de la gouvernance d'entreprise.

#### **1.1.2.6. Cadre juridique des mutuelles de santé**

Au sens de Weber, la reconnaissance par autrui est légale si elle fait référence rationnellement à des normes scientifiques ou légales ; elle est traditionnelle si le respect d'habitudes transmises de génération en génération permet de faire face aux aléas ; Elle est charismatique si elle s'appuie sur des croyances religieuses ou morales suffisamment fortes pour ne pas être contrecarrée par l'intérêt particulier ou l'opinion de quelques-uns ; Pour une mutuelle de santé, au niveau collectif, le principe supérieur (ou la cause mise en avant) peut correspondre au statut juridique de mutuelle, à la défense de la protection sociale ou aux valeurs humanistes de l'Economie Sociale. Cette responsabilité de la Mutualité, d'essence philanthropique, s'exprime à l'égard des générations futures. (Yann REGNARD\* et André ROUSSEAU 2007, dans « Gouvernance responsable et Mutualité : Quelle légitimité pour les mutuelles de santé? »).

#### **1.1.2.7. Suivi et évaluation**

La plupart des mutuelles avec lesquels PHRplus coopère effectue une étude de faisabilité initiale et, sur la base de cette étude, formulent une stratégie ou un business plan. L'étude initiale et le business plan définissent un seuil à atteindre permettant d'évaluer les résultats de la mutuelle et de modifier la stratégie si nécessaire. Les responsables de la mutuelle de santé doivent suivre et évaluer constamment la performance de la mutuelle. Typiquement, les mutuelles vont suivre les tendances concernant les fluctuations du nombre des membres (y compris les adhésions et les départs), certains indicateurs financiers (comme le pourcentage de collecte des cotisations ou le rapport entre les cotisations et les dépenses), certains aspects institutionnels tels que l'activité des commissions, et les services fournis (PHRplus, septembre 2004).

#### **1.1.3. But de l'étude**

Le but de cette étude est de contribuer à l'amélioration de la santé des populations par un meilleur accès à des soins de santé de qualité à travers une meilleure gouvernance des mutuelles de santé communautaire.

## **1.1.4. Objectifs de l'étude**

### **1.1.4.1. Objectif Général**

Cette étude de la gouvernance des mutuelles de santé a pour objectif général d'évaluer la gouvernance technique et financière de la mutuelle de santé du Cap Vert (MUSCAV) de Dakar.

### **1.1.4.2. Objectifs spécifiques**

- Décrire la structure de la gouvernance institutionnelle et fonctionnelle de la mutuelle de santé du Cap-Vert (MUSCAV).
- Analyser les facteurs de promotion ou d'entraves aux bonnes pratiques de la responsabilité et de la transparence.
- Faire la revue des lois et règlements divers en rapport avec la bonne gouvernance de la mutuelle de santé du cap vert (MUSCAV).
- Analyser l'utilisation des outils de suivi de la gestion financière au sein de la mutuelle.
- Analyser les forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) de la mutuelle.

## **1.2. Cadre conceptuel**

### **1.2.1. Généralités Sur Le Sénégal**

#### **1.2.1.1. Situation géographique**

Le Sénégal forme la partie occidentale la plus avancée de l'Afrique. Il est situé au sud de la boucle du cours inférieur du fleuve Sénégal qui lui a donné son nom. La superficie est de 196 712 km<sup>2</sup>. Il s'étend en zone tropicale approximativement entre les 13<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> degrés de latitude nord, et entre les 12<sup>ème</sup> et 17<sup>ème</sup> degrés de longitude ouest. Il est limité à l'est par la Falémé et le Mali, au nord par le fleuve Sénégal, à l'ouest par l'Océan Atlantique, au sud par les frontières de la Guinée-Bissau et de la Guinée-Conakry. La Gambie, ancien territoire anglais, constitue à l'intérieur du Sénégal une enclave longue de 300 kilomètres et large de 60 kilomètres.

Les côtes ont 700 kilomètres de long, du fleuve Sénégal à la Guinée-Bissau.

Le climat est tropical avec des températures assez élevées.



Figure 2 : Carte du Sénégal

### 1.2.1.2. Démographie

L'agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD) lors d'un atelier tenu en septembre dernier, a publié les résultats définitifs du recensement général de la population et de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage mené en décembre 2013.

Selon les rapports de cette enquête, la population du Sénégal, caractérisée par sa jeunesse est évaluée à 13 .508 .715 habitants dont 49,9 % d'hommes et 50,1 % de femmes.

L'âge moyen de la population est de 22,4 ans et la moitié de la population à 18,7ans (âge médian). La population rurale est la plus jeune avec un âge médian se situant à 15 ans contre 21 ans en milieu urbain.la population est à majorité rurale avec 54, 8 %.

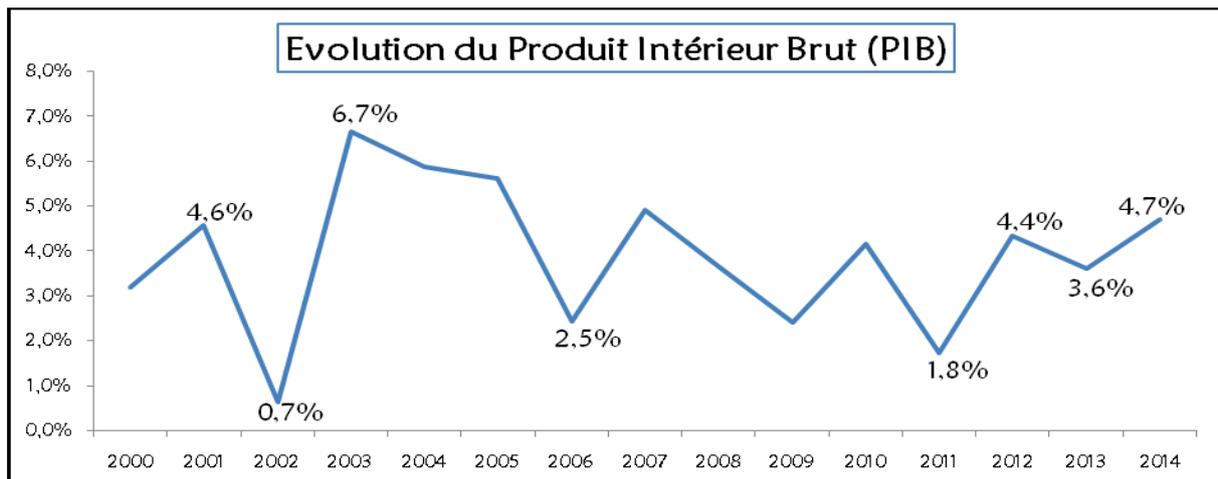
### 1.2.1.3. Situation économique

L'environnement économique et financier international est marqué en 2014 par le retour de la croissance dans la zone euro (+0,9% en 2014 contre -0,5% en 2013), une amélioration de la croissance aux Etats-Unis (+2,4% contre +2,2% en 2013) et un ralentissement de l'expansion économique dans les pays émergents et en développement (+4,6% contre +5% en 2013). Au total, la croissance mondiale ressort à 3,4% en 2014, soit au même niveau qu'en 2013, selon les dernières estimations du Fonds monétaire international. (Source : revue de la direction de la prévision des études économique (Mai 2015).

Au niveau national, dans un contexte marqué par l'adoption d'une nouvelle stratégie de développement économique et social à travers le Plan Sénégal Emergent (PSE), l'environnement économique interne s'est révélé davantage favorable suite au ralentissement observé un an auparavant. En effet, au-delà du renforcement des investissements, notamment, dans les infrastructures et dans l'énergie, l'économie a tiré avantage des moyens dégagés par l'Etat au profit du sous-secteur agricole. Ainsi, en dépit des retombées négatives de la propagation de l'épidémie à virus Ebola dans la sous-région sur les activités touristiques et de transport, l'activité économique s'est nettement relancée en 2014, au regard du taux de croissance du PIB réel estimé à 4,7% contre 3,6% en 2013 (<http://www.dpee.sn>). Ce regain d'activité reflète principalement l'amélioration de la croissance dans le secteur primaire ainsi que la vigueur du secteur tertiaire.

Dans le secteur secondaire, bien que l'activité ait ralenti, un dynamisme marqué a été relevé dans les matériaux de construction, les BTP et l'énergie.

Concernant l'agriculture industrielle, une timide progression de 0,2% (contre -1,3% en 2013). Dans les sous-secteurs de l'élevage et de la pêche, l'activité s'est révélée moins dynamique



**Figure 3 : Evolution du (PIB) en 2014 : Source : DPEE**

### **1.2.2. Situation géographique et administrative de la région de Dakar**

La région de Dakar avec 3.137.196 habitants est de loin la plus peuplée.

Sa macrocéphalie est certainement due au fait qu'elle est de loin la région la mieux dotée en infrastructures économiques, sociales et culturelles, faisant d'elle une terre privilégiée pour l'exode rural et, du fait des situations géographiques, une région de transit pour l'émigration internationale.

La région de Dakar est située dans la presqu'île du Cap Vert et s'étend sur une superficie de 550 km<sup>2</sup>, soit 0,28 % du territoire national. Elle est comprise entre les 17° 10 et 17° 32 de longitude Ouest et les 14° 53 et 14° 35 de latitude Nord. Elle est limitée à l'Est par la région de Thiès et par l'Océan Atlantique dans ses parties Nord, Ouest et Sud.

La région de Dakar occupe une position de carrefour qui en fait un passage obligé pour tous les moyens de transport faisant la liaison entre l'Europe et les Amériques. De même, elle constitue l'un des sites de la côte ouest africaine les plus rapprochés de l'Amérique tropicale. La région a vu se développer d'autres fonctions qui en ont fait pendant plusieurs décennies le symbole de l'AOF (Afrique Occidentale Française). L'implantation à proximité du port, le long de la baie de Hann jusqu'à Rufisque et Bargny, de grosses unités industrielles assurant la transformation des produits locaux destinés à l'exportation, la manufacture de produits importés destinés au marché local national, fait de Dakar un véritable centre industriel de la sous-région.

La région constitue également un creuset culturel ou intellectuel avec la présence de l'Université Cheikh Anta DIOP et de prestigieuses écoles supérieures de formation dont les rayonnements dépassent largement les frontières nationales (exemple du CESAG).

Dakar doit cette suprématie à l'accaparement progressif des activités autrefois réparties en divers points du pays. La région est le siège du gouvernement et concentre en même temps l'essentiel des établissements commerciaux, financiers et sanitaires ainsi que des industries. Malgré la politique d'aménagement du territoire, de développement régional et de décentralisation, la région de Dakar regroupe la plupart des emplois permanents dans le pays.

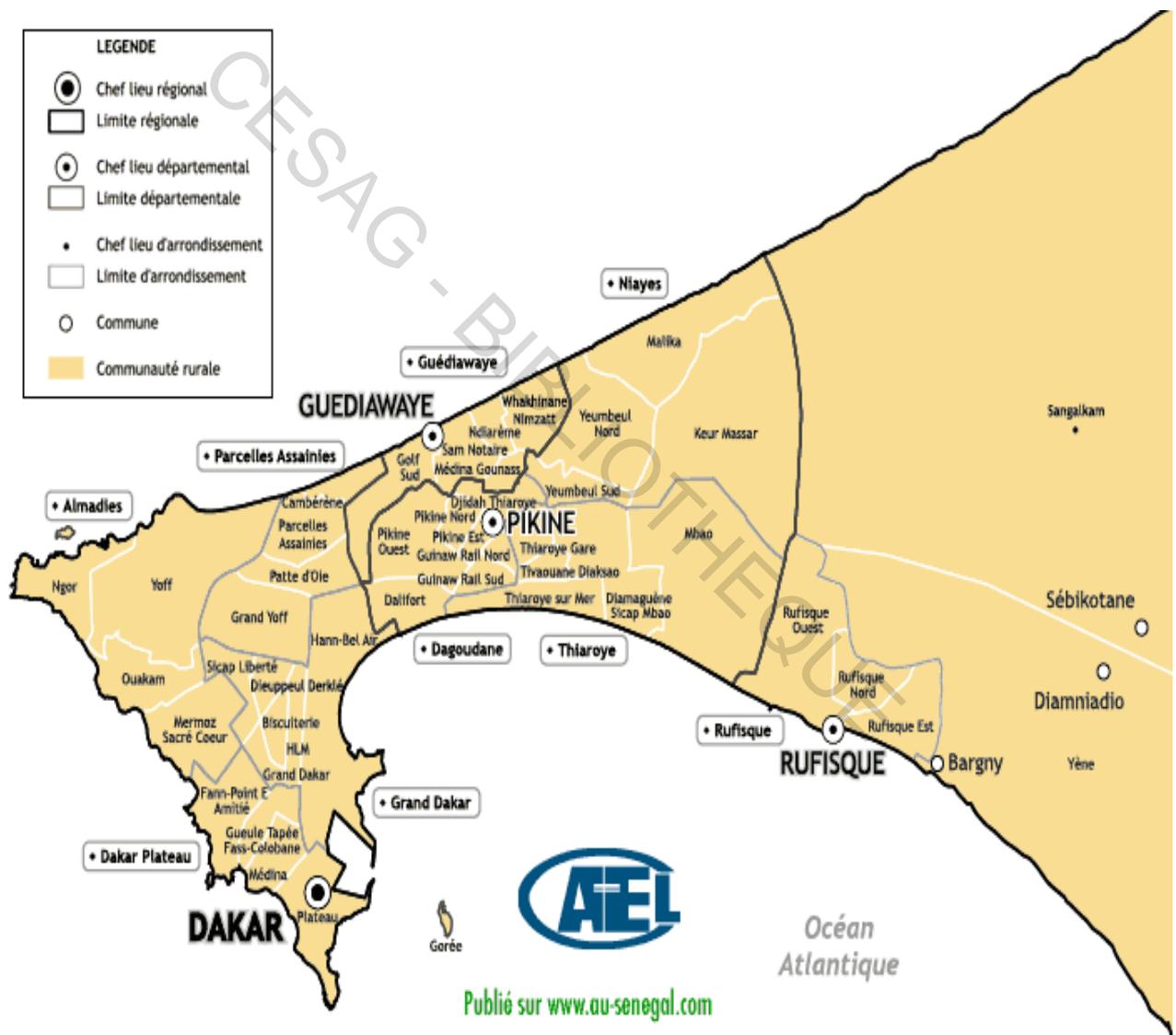


Figure 4 : Carte de la région de Dakar

## **Chapitre 2 : METHODOLOGIE**

### **2.1. Population de l'étude**

Notre étude porte sur l'analyse de la gouvernance des mutuelles de santé au Sénégal : cas de la mutuelle de santé du cap vert (MUSCAV) située au Penc Santiaba, Rue 17 X 22 Médina Dakar (Sénégal).

La population d'étude est constituée par les adhérents, les personnes prise en charges et les responsables de la MUSCAV.

### **2.2. Stratégie de recherche**

Les critères d'engagement solidaire, d'adhésion volontaire, de volontariat, de démocratie, d'autonomie et indépendance et de participation responsable font que la MUSCAV répond aux définitions des mutuelles au Sénégal et de l'UEMOA.

Pour mener à bien notre étude, L'approche méthodologique retenue a reposé sur une étude transversale descriptive et analytique, et a utilisé des outils d'enquête quantitative.

Elle nous a permis de faire une évaluation et une analyse de la gouvernance des mutuelles de santé.

### **2.3. Méthode et technique de collecte de données**

Nous avons procédé à:

- une revue documentaire à travers les documents et rapports de la MUSCAV.
- une enquête d'opinion avec des entretiens structurés avec les responsables sur la base d'un guide d'entretien élaboré et structuré à cet effet.

### **2.4. Définitions des variables**

Les critères de la viabilité (institutionnelle, technique, fonctionnelle, financière et économique) seront utilisés pour analyser la gouvernance de la mutuelle.

### 2.4.1. Viabilité institutionnelle

Le cadre institutionnelle étudiait les relations de la mutuelle avec l'extérieur, le cadre juridique et réglementaire.

### 2.4.2. Viabilité technique

Elle nous a permis de voir les Compétences des gestionnaires, les modalités d'adhésion, les types de service de santé couverts, les mécanismes de paiements, le système de contrôle, la tenue des réunions.

### 2.4.3. La viabilité fonctionnelle

Elle évalua l'évolution du nombre d'adhérents, le nombre de bénéficiaires.

### 2.4.4. Viabilité financière

La maîtrise de la gestion que sont les livres, les documents comptables, la bonne tenue des documents pour le suivi et l'évaluation ; pour la calculer, on a utilisé :

#### ❖ Le ratio de liquidité immédiate mesure les disponibilités Sur les dettes ;

Ce ratio a permis ainsi de savoir si la mutuelle sociale pouvait payer à temps ses fournisseurs (principalement les prestataires de soins dans le cas du système du tiers payant). Plus ce ratio est élevé, plus la liquidité est importante. Un ratio supérieur à 1 est considéré comme satisfaisant.

$\text{Ratio de liquidité immédiate} = \frac{\text{Avoirs en caisse} + \text{avoirs en banque}}{\text{Dettes à court terme}}$
---

#### ❖ Ratios de solvabilité est égal aux capitaux propres par rapport aux dettes :

Ce second ratio indiquait la capacité de la mutuelle sociale à honorer ses dettes (à court et long terme) sans recourir à l'emprunt. Il rapprochait toutes les dettes contractées par la mutuelle sociale (lesquelles ne sont pas toutes exigibles immédiatement) avec ses capitaux propres.

Pour être considérée comme solvable, une mutuelle sociale doit avoir un ratio de capitaux propres supérieur à 100 %.

$$\text{Ratio de solvabilité} = \frac{\text{Capitaux propres}}{\text{Dettes}} \times 100$$

❖ **Ratio de couverture des charges :**

La valeur du taux de réserve à atteindre devait être généralement fixée entre 50 et 75 %, c'est-à-dire entre six et neuf mois de dépenses en prestations maladie.

$$\text{Ratio de couverture des charges} = \frac{\text{Réserves +report à nouveau du résultat}}{\text{Charges en prestation maladie}} \times 100$$

❖ **Le financement de l'activité de la mutuelle :**

En principe, une mutuelle sociale doit couvrir ses charges à l'aide des cotisations qu'elle perçoit. Il est intéressant de savoir ce qu'il en est dans la réalité. Deux ratios sont utilisés:

- Le ratio cotisations acquises / charges d'exploitation;
- Le ratio cotisations acquises / charges totales de l'exercice.

Le ratio cotisations acquises / charges d'exploitation

Ce ratio compare les cotisations aux charges d'exploitation (prestations maladie et frais de fonctionnement) de la mutuelle.

$$\text{Ratio cotisations acquises / charges d'exploitation} = \frac{\text{Cotisation acquises}}{\text{Charges d'exploitation}}$$

**Le ratio cotisations acquises / charges totales de l'exercice :**

Ce second ratio prend en considération l'ensemble des charges de l'exercice: charges d'exploitation, charges financières, charges exceptionnelles.

$$\text{Ratio cotisations acquises / charges totales} = \frac{\text{Cotisation}}{\text{Charges totales de l'exercice}}$$

## ❖ « La bonne marche financière» de la mutuelle »

L'assurance santé est avantageuse pour les adhérents si une part importante des cotisations est utilisée au paiement des prestations et que les frais de fonctionnement sont bas. Il convient dès lors d'évaluer si la mutuelle sociale alloue de façon optimale ses ressources (en particulier les cotisations perçues) au paiement des prestations. C'est l'objectif du troisième élément d'appréciation de la viabilité financière d'une mutuelle.

Deux ratios sont utilisés afin d'évaluer la bonne marche financière d'une mutuelle sociale:

- Le ratio de sinistralité;
- Le ratio des frais de fonctionnement brut.

### - Le ratio de sinistralité :

Le ratio de sinistralité mesure la part des cotisations utilisée pour le remboursement ou le paiement des prestations maladie.

$$\text{Ratio de sinistralité} = \frac{\text{Prestation maladie}}{\text{Cotisation acquise}} \times 100$$

Ce ratio doit être au moins de 75 %. Il ne s'agit pas d'une norme fixe, mais d'un point de repère indicatif que l'expérience pourra confirmer.

Lorsque ce ratio est trop faible, cela signifie qu'une part importante des cotisations est consacrée à autre chose que la couverture des dépenses de santé. Les adhérents peuvent alors se demander pourquoi ils cotisent. Un ratio trop élevé peut traduire une situation difficile pour la mutuelle sociale dont la marge brute est trop faible pour couvrir ses autres charges.

### - Le ratio des frais de fonctionnement brut :

Le ratio des frais de fonctionnement brut mesure la part des ressources financières de la mutuelle sociale utilisées pour son fonctionnement.

$$\text{Ratio des frais de fonctionnement brut} = \frac{\text{Charges de fonctionnement}}{\text{Total des produits}} \times 100$$

On admet généralement que ce ratio doit être inférieur ou égal à 15 %.

### 2.4.5. Viabilité économique

La viabilité économique de la mutuelle sociale est possible en utilisant la méthode du **taux de financement propre**.

Ce ratio mesure le rapport entre les produits propres (avant subvention) d'une mutuelle sociale et la totalité des charges de l'exercice (charges comptabilisées + coûts cachés).

$$\text{Taux de financement propre} = \frac{\text{Total des produits propres (total produit avant subvention)}}{\text{Charges comptabilisées + coûts cachés}} \times 100$$

Pour une mutuelle sociale qui recherche l'autonomie financière, ce taux doit être au moins égal à 100 %. Plus il est élevé et plus la mutuelle sociale est en mesure de financer elle-même la totalité de ses coûts.

### 2.5. Analyse FFOM

L'analyse FFOM est l'acronyme de Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces.

Elle permet d'analyser l'organisation interne (forces et faiblesses) et une analyse externe composées des opportunités et menaces.

Elle permet de voir si la combinaison des FFOM mène vers une viabilité de la mutuelle.

### 2.6. Analyse et traitements des données

Les données étaient insérées dans des tableaux Excel, à l'aide des diagrammes et du résultat des ratios, nous avons décrit et analysé les résultats en les comparant aux indices référentiels.

De ce fait, nous avons utilisé le logiciel R et Excel.

### 2.7. Discussion

Pour mener à bien, cette étude, nous avons été confrontés à certaines difficultés :

- on notait d'abord l'indisponibilité du secrétaire général ;
- la trésorière bien que disponible a été rencontrée chez elle ;

- certains responsables peu méfiants au début car, ils pensent plutôt à une enquête dirigée contre eux ;
- nous avons été confrontés à un problème de collecte de données numérisées. Les données n'existent en fichiers électroniques.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**DEUXIEME PARTIE :**  
**RESULTATS DE L'ENQUETE**

## **Chapitre 3 : PRESENTATION DES RESULTATS**

### **3.1. Résultats de la revue documentaire**

#### **3.1.1. Historique**

Le grand Sérigne de Dakar après sa nomination a créé différentes commissions entre autre la commission médicale en 2013.

Cette commission a initié des journées de consultations gratuites. Après évaluation, il a été noté plus de mille (1000) consultations et distribution de médicaments gratuitement ; après recommandations, il a été question de créer une mutuelle de santé.

C'est ainsi que tous les Pinth ont envoyé leur représentant à la commission santé et cette dernière a été mandatée pour constituer le comité de pilotage. Ce dernier a mené des enquêtes de faisabilité, des réunions de sensibilisation pour mettre en place une mutuelle de santé.

L'instance de la collectivité Lébou (Grand Sérigne de Dakar, Ndeye Jérég, Ndeye Diambour, Saltigué, Jaraf, l'imam Ratib et le Président des Fray de Dakar et les 36 djambours) a accepté et validé le comité de pilotage.

C'est alors en 2013 qu'une assemblée générale fut convoquée et toute la collectivité lébou était représentée, tous les représentants des quartiers lébous de Dakar : Hock, Djeckko, Ngaraf, Kaye Ousmane Diene, Santiaba, Thieurigne, Mbackeunda, Thieddem, Yakhe Djef, Mbott, Gouye Salam, Kaye Fineiw.

L'imam de la grande mosquée dans son sermon de la Korité 2013 a insisté sur l'importance de cette mutuelle et a invité la communauté à aller adhérer.

La mutuelle de santé du cap vert est une initiative des collectivités Lébous. Le comité de pilotage a été installé après la journée de restitution ; c'est ainsi que la première assemblée générale constitutive a eu lieu le 27 septembre 2014.

#### **3.1.2. Le cadre institutionnel et règlementaire**

La mutuelle MUSCAV est régie par la législation nationale sénégalaise (loi 2003-14 du 14 juin 2003 et de son décret d'application N° 2009- 423 du 27 avril 2009), mais aussi par une réglementation communautaire de l'UEMOA, notamment le règlement N°07/2009/ CM

/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA qui a pour but de mettre en place une réglementation uniforme, transparente et efficace permettant d'assurer une saine promotion de la mutualité sociale dans l'espace UEMOA. Pour faciliter son application, des Règlements d'exécution ont été pris. Il s'agit du Règlement d'exécution N°002/2011/CM/UEMOA déterminant les modalités et procédures de constitution, d'agrément et d'immatriculation des mutuelles sociales et de leurs structures faitières et du règlement d'exécution N°003/2011/CM/UEMOA relatif aux règles prudentielles portant sur les risques courts, aux mécanismes de garantie et au contrôle du fonctionnement des mutuelles sociales et de leurs structures faitières.

Au plan institutionnel, la question de la mutualité est prise en compte dans l'organisation du Ministère de la Santé à partir de 1998 à travers la création de la Cellule d'Appui aux Mutuelles de santé, IPM et Comités de santé (CAMICS).

La loi 2003-14 du 4 Juin 2004 relative aux mutuelles de santé au Sénégal et son décret d'application N° 2009-423 du 27 Avril 2009 d'une part, le Règlement N°7-2009/UEMOA du 26 Juin relatif aux mutuelles sociales dans l'espace UEMOA d'autre part, ont défini les organes des mutuelles sociales, de même que leur fonctionnement et les responsabilités des instances et des dirigeants.

### **3.1.3. Organisation et fonctionnement de la mutuelle de sante**

La mutuelle MUSCAV comporte les instances suivantes :

- l'Assemblée générale (AG) :
- le Conseil d'Administration (CA);
- le Bureau Exécutif (BE);
- la Commission de Contrôle (CC) ;
- cinq (5) commissions techniques.

#### **3.1.3.1. Assemblée générale**

L'AG est composée de l'ensemble des adhérents de la mutuelle de santé du Cap-Vert. Elle est composée de tous les membres participants à jours de leurs cotisations ou les délégués dument mandatés et les membres honoraires.

L'AG se réunit une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration de la MUSCAV. S'il y a lieu, l'AG peut être convoquée en session extraordinaire par le Président.

L'AG ordinaire est obligatoire si elle est demandée par écrit par le quart des membres participants ou la majorité des membres du CA ou de la CC en cas d'anomalie constatée ou l'autorité de tutelle.

L'AG est convoquée au moins quinze jours avant la date prévue. Les convocations doivent indiquer l'ordre du jour. Ceci n'est toujours pas respecté.

### **3.1.3.2. Le conseil d'administration**

La mutuelle est administrée par un CA (21) vingt un membres. Les 12 représentants du Pinth sont d'offices membres du conseil d'administration.

Les autres neuf (9) membres ont été pris sur proposition parmi les présents à l'assemblée générale.

Le CA se réunit tous les trois (3) mois. Cette périodicité est respectée.

### **3.1.3.3. Le bureau exécutif**

Le bureau est constitué de sept (7) membres :

- un Président ;
- deux (2) vices présidents ;
- un (1) secrétaire Général ;
- un (1) secrétaire général adjoint ;
- un(1) trésorier général ;
- un (1) trésorier général adjoint.

Le bureau devrait se réunir tous les mois, cela n'est pas toujours respecté.

La mutuelle est aussi composée d'une commission de contrôle et de cinq (5) commissions techniques :

- commission promotion de la santé ;
- commission communication et sensibilisation ;

- commission partenariat ;
- commission d'organisation ;
- commission formation.

La répartition des tâches et le tableau des rôles sont bien spécifiés dans le statut et le règlement intérieur (voir à l'annexe).

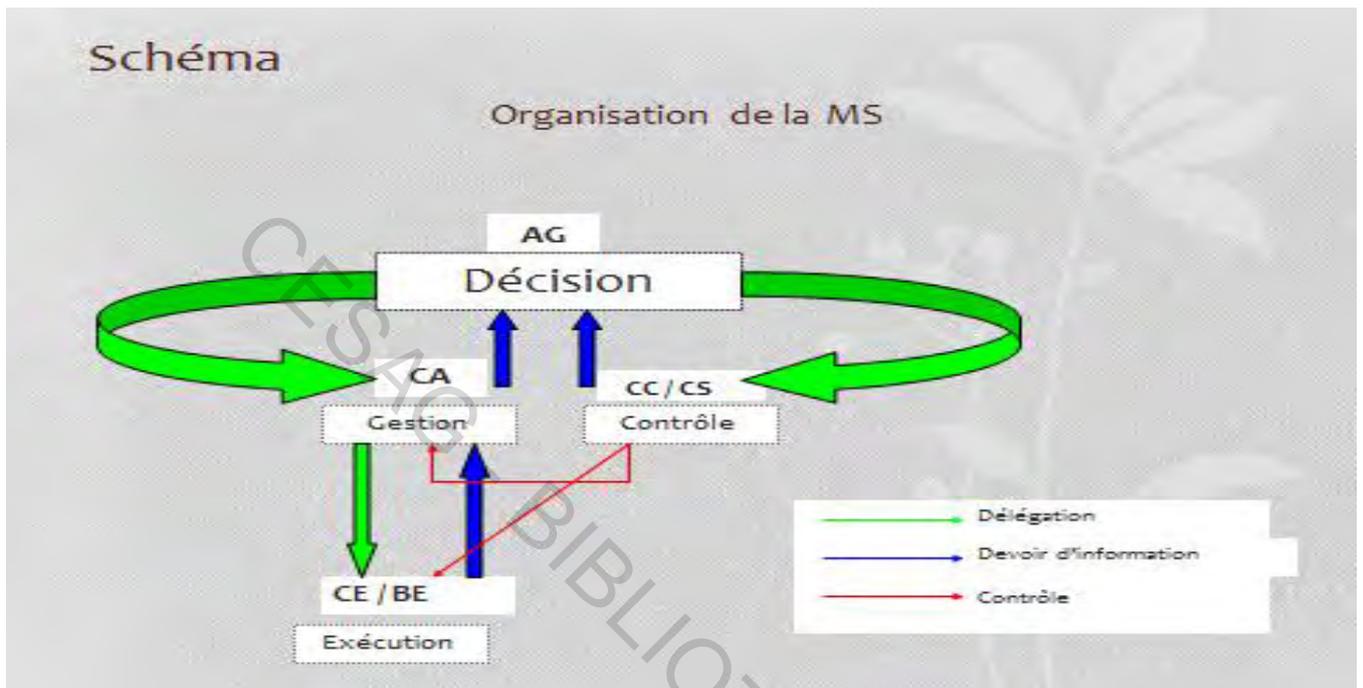


Figure 5 : Organigramme de la mutuelle

### 3.2. Résultats de l'enquête (description des caractéristiques de la population d'étude)

#### 3.2.1. Viabilité institutionnelle

Au plan institutionnel, la question de la mutualité a été prise en compte dans l'organisation du Ministère de la Santé à partir de 1998 à travers la création de la Cellule d'Appui aux Mutuelles de santé, IPM et Comités de santé (CAMICS).

Le cadre institutionnel est bien respecté, sur le plan juridique, elle a été créée par arrêté Ministérielle numéro 4897 du 30 Mars 2015. Elle est régie par des statuts particuliers conformément aux lois et règlements en vigueur. La MUSCAV a reçu l'agrément sous le numéro 01-01-19.

La mutuelle dispose d'un siège social dans la mosquée Penc Santiaba rue 17 X 22. Elle est dans la commune de Médina, composée de 14 quartiers avec 91488 habitants selon le recensement 2014.

#### **3.2.1.1. Statut et règlement intérieur**

la MUSCAV dispose des textes de statut et de règlement intérieur (voir annexes).elle a été créée en septembre 2014.

#### **3.2.1.2. Structure d'appui en relation avec la mutuelle**

La MUSCAV a signé des conventions avec 3 centres de santé (centre de santé de Plateau, Centre Médical Elisabeth Diouf, Centre de santé PMI Médina) ; deux (2) postes de santé et neufs Pharmacies. (Voir page suivante) ;

IL n'y a aucune structure d'appui en relation avec la mutuelle autre que la collectivité Lébou.

La MUSCAV a signé des conventions avec trois centres de santé, et deux postes. Elle n'est pas conventionnée avec les hôpitaux et les structures privées. (Voir tableau N°2).

La mutuelle est aussi conventionnée à neuf pharmacies réparties sur toute la commune. Toutes les structures conventionnées se situent dans la commune. (Voir tableau N°3).

**Tableau II: Liste des structures sanitaires conventionnées**

<b>STRUCTURES</b>	<b>ADRESSE</b>	<b>CHEF DE SERVICE</b>	<b>TELEPHONE</b>
Centre de santé de plateau	Allées Papa Gueye Fall X ave Malick Sy	Dr Elh Mbagnick Ngom	338429373
Centre Médical Elisbeth Diouf	Gueule Tapée	Dr Elh saidou Ndao	338425651
Centre de santé PMI Médina	Avenue Blaise Diagne X rue 25 Médina	Dr Mohamed Ly	338211958
Poste de santé Sandial	Rue Joseph Gomis X Ponty	ICP Elh Alassane Badji	
Poste de santé Rafanel	Rue X Faidherbe	ICP Fatou Diouf	

**Tableau III : Liste des officines pharmaceutiques conventionnées**

<b><u>OFFICINE</u></b>	<b><u>ADRESSE</u></b>	<b><u>PROPRIETAIRE</u></b>	<b><u>TELEPHONE</u></b>
Pharmacie Lamine Gueye	22, avenue Lamine Gueye X Marchand	Dr Seynabou Ndoye	338223676
Pharmacie Mbotti Pom	Bd de la Gueule Tapée X rue 6	Dr Maguette Cissé	338211402
Pharmacie Mame Fatou Diop Yoro	Rue 11 X12 Médina	Dr Mohamed L Diaw	338424582
Pharmacie Lota	Rue 6 X 19 Médina	Dr Aminata Dia	338222556
Pharmacie Blaise Diagne	Avenue Blaise Diagne X rue 13 Médina	Dr Samba A Sow	338212670
Pharmacie Tamsir Oumar Sall	Rue 22X 17 Médina	Dr Maguette Ba Sidibé	338234205
Pharmacie Lat Dior	Allées Papa Geuye Fall X ave Malick Sy	Dr Mame Awa Gueye	338224174
Pharmacie Sandaga	Rue Valmy X Thiong Prolongée	Dr Marie Claude Basse	338228883
Pharmacie de l'obélisque	Bd cheikh Amadou Bamba Colobane	Dr Boumy Sène	338220232

### **3.2.1.3. Relations avec les autorités locales**

La MUSCAV est une initiative des collectivités Lébou, donc elle est en étroite collaboration avec les autorités religieuses et coutumières.

Il y a aucune relation avec les autorités locales.

## **3.2.2. Viabilité technique**

### **3.2.2.1. Compétence des gestionnaires**

La mutuelle n'a pas de gestionnaire de formation et le bureau exécutif est formé des personnes ressources mais que le temps ne permet pas de remplir pleinement leurs rôles à temps.

### **3.2.2.2. Politique d'adhésion**

Les politiques de gestion des adhésions alimentent les autres domaines de gestion (gestion financière, gestion des risques, contrôle, suivi et évaluation) en données et informations concernant les bénéficiaires de la mutuelle.

L'adhésion passe par plusieurs étapes :

#### **- La demande d'adhésion :**

Toute personne voulant adhérer à la mutuelle sociale doit exprimer oralement, sa volonté d'adhérer et son engagement à respecter les statuts et le règlement intérieur.

#### **- Le paiement d'un droit d'adhésion :**

Lorsque la demande d'adhésion est acceptée par la mutuelle, la personne verse un droit d'adhésion de 2000 FCFA. Elle devient ainsi adhérente.

#### **- L'inscription de l'adhérent et de ses personnes à charges:**

L'adhérent est aussitôt inscrit dans le registre d'adhésion. Une fiche d'adhésion est remplie avec toutes les informations nécessaires sur l'adhérent et les personnes à charges pour lesquelles il cotisera (Nom, Prénoms, date et lieu de naissance, sexe etc.).

Au moment de l'inscription dans le registre d'adhésion, un numéro ou code est attribué à l'adhérent ainsi qu'à chacune des personnes à charges. L'adhérent donne une copie de sa carte d'identité nationale et deux (2) photos d'identité et a droit à un livret de membre. Ce livret ne prend en compte que dix (10) bénéficiaires.

Si l'on souhaite prendre en charge des membres de sa famille (9 au maximum), l'adhérent doit fournir :

- un extrait de naissance ;
- une photo d'identité de chacun d'eux ;
- cotisation mensuelle de 500 FCFA.

Les personnes à prendre en charge excepté le conjoint, doivent être âgées de 21 ans au plus.

Une personne prise en charge atteinte par cette limite d'âge doit souscrire une adhésion personnelle.

### **La délivrance du carnet d'adhérent et le respect de la période d'observation**

Après paiement de la cotisation et du droit d'adhésion, la mutuelle sociale délivre au nouvel adhérent un carnet d'adhérent. Celui-ci indique entre autre la période après laquelle débute le droit aux prestations de l'adhérent. Cette période est appelée période d'observation, période d'attente ou encore stage ; il est de trois (3) mois. Durant cette période, tout nouvel adhérent paie ses cotisations mais ne bénéficie pas des droits aux prestations de la mutuelle. L'introduction de la période d'observation constitue un moyen de lutte contre le risque de sélection adverse.

### **3.2.2.3. La politique de gestion des cotisations**

Les cotisations ont constitué l'une des ressources financières de la mutuelle sociale.

A ce titre, elles ont permis de:

- rembourser (à l'exception du co-paiement) les dépenses de santé correspondantes aux soins couverts par la mutuelle;
- en cas d'excédents. Les excédents servent en particulier à constituer des réserves et à renforcer de ce fait la solidité financière de la mutuelle. Lorsque ces réserves sont

suffisantes, les excédents peuvent également être utilisés à la réalisation d'actions au profit des bénéficiaires ou d'autres membres de la population ;

- financer les coûts de fonctionnement de la mutuelle.

Le taux de cotisation est de 500 F CFA par mois soit 6000 F CFA par personne et par an.

#### - **Les différents types de cotisations :**

Le terme « cotisation » regroupe plusieurs notions distinctes :

##### ❖ **Les cotisations émises**

Les cotisations émises ou cotisations correspondantes aux sommes que la mutuelle sociale demande à ses adhérents en contrepartie des garanties qu'elle offre aux bénéficiaires sur une période donnée. Elle a été de trois mille cinq cent (3500) FCFA par an par personne.

##### ❖ **Les cotisations perçues :**

Durant l'année, la mutuelle sociale encaisse des cotisations qui correspondent en totalité, ou en partie aux engagements des adhérents pour l'exercice en cours. L'ensemble des cotisations effectivement reçues en contrepartie des contrats en cours constitue les cotisations perçues.

Dans ce cas d'étude, les cotisations perçues ont été de 1180950 FCFA.

##### ❖ **Les cotisations acquises :**

Les cotisations émises peuvent couvrir des périodes situées sur un ou plusieurs exercices. On appelle «cotisations acquises» la part des cotisations émises relative à l'exercice considéré.

Elles n'ont pas pu être comptabilisées, par défaut d'écriture.

##### ❖ **Les arriérés de cotisations :**

Au cours et à l'issue d'un exercice, certains adhérents peuvent accuser des retards dans le paiement de leurs cotisations. Les arriérés de cotisation sont constitués par les montants des cotisations en retard de paiement. Ces arriérés sont des créances que la mutuelle sociale doit récupérer.

Les créances de la mutuelle ont été durant l'exercice janvier 2015 à Décembre 2015 de 48550 FCFA.

#### ❖ **Les cotisations perçues d'avance :**

Il s'agit des cotisations encaissées durant un exercice mais qui sont destinées à la prise en charge des prestations pour l'exercice suivant. Cette situation se produit notamment dans:

- Les mutuelles à période ouverte d'adhésion et qui pratiquent une cotisation annuelle;
- Les mutuelles qui prévoient pour leurs adhérents la possibilité de prépayer leur cotisation pour l'année suivante. Cela n'a pas été le cas de la MUSCAV.

#### - **Les documents :**

Les documents relatifs à la gestion des cotisations ont été :

- registre de cotisation
- du tableau de suivi des cotisations

#### - **Le contrôle des enregistrements relatifs aux cotisations :**

Un contrôle des écritures passées dans les fiches de cotisation et dans le registre n'a pas été réalisé car le registre n'était pas à jour.

Ce contrôle n'a pas été fait par la commission de contrôle ou par un contrôle externe.

La commission de contrôle se limite aux sommes versées, il n'y a pas de contrôle fonctionnel et administratif.

#### **3.2.2.4. La politique de prise en charge et de gestion des prestations**

La fonction principale d'un système d'assurance santé est la prise en charge de tout ou partie des dépenses de santé de ses bénéficiaires, suivant une liste de prestations précisément définies. Cette prise en charge constitue la principale source de dépenses du système d'assurance.

La gestion des prestations a joué de ce fait un rôle important.

Elle a visé notamment à:

- réaliser un contrôle permanent des droits des adhérents à la prise en charge de leurs dépenses de santé;
- ordonner et exécuter les remboursements des adhérents ou le paiement des factures des prestataires de soins;
- Cependant, il n'y avait pas un tableau de suivi et à d'évaluation des activités de la mutuelle sociale, et de prévisions financières, pour ces informations, il a fallu recourir aux prestataires.

La gestion des prestations repose sur un ensemble de techniques et de documents liés à la prise en charge des dépenses de soins. Elle s'appuie également sur des relations fonctionnelles entre la mutuelle sociale et les prestataires de soins. Elle présente en effet la particularité d'être dépendante de l'action de ces prestataires.

**- Les modalités de recours aux services de santé :**

Les bénéficiaires ont eu accès aux prestations couvertes par la Mutuelle de santé du Cap vert qu'après avoir terminé la période d'observation de 3 mois et être à jour de ces cotisations.

Pour recourir aux services, il a fallu se rendre :

- dans les formations sanitaires (poste de santé et centres conventionnés par la MUSCAV),
- dans les pharmacies conventionnées par la MUSCAV, avec une lettre de garantie, un livret d'adhésion et le reliquat du taux de non prise en charge.

La prise en charge des bénéficiaires avait pris en compte les considérations suivantes:

- être bénéficiaire de la mutuelle;
- avoir terminé sa période d'observation;
- et être à jour dans le paiement de ses cotisations, ou ne pas dépasser le retard toléré par la mutuelle.

- **Le paquet de soins de la MUSCAV :**

Le ticket modérateur pour les consultations, soins, petites chirurgies, consultations post et prénatales a été de **30%**.

Le ticket modérateur pour les médicaments génériques dans les structures de santé ou à la pharmacie était de **30%**.

Le ticket modérateur pour les soins dans les structures de santé du privé (consultations ambulatoires), Hospitalisation, Analyses de laboratoire, Radiographie, Intervention chirurgicale a été de **50%**.

Pour l'évacuation dans une structure sanitaire la prise en charge a été de 100%. **(Voir tableau ci-dessous).**

**Tableau IV : Types de services couverts et taux de couverture :**

<b><i>PRESTATIONS PRISES EN CHARGE PAR LA MUTUELLE DE SANTE</i></b>	<b>TAUX DE PRISE EN CHARGE PAR LA MUTUELLE DE SANTE (%)</b>
<i>Consultations, soins et petites chirurgies</i>	70
<i>Médicaments génériques dans les structures de santé ou à la pharmacie</i>	70
<i>Maternité : consultations post et prénatales</i>	70
<i>Hospitalisation :</i>	50
<i>Analyses de laboratoire</i>	50
<i>Radiographie</i>	50
<i>Intervention chirurgicale</i>	50
<i>Evacuation dans une structure sanitaire</i>	100

On constate sur ce tableau que la prise en charge est de trois catégories, 50%, 70% et de 100%. On remarque aussi que ces taux ne respectent pas les taux fixés par la couverture maladie universelle.

- **Le système de contrôle des prestations :**

- **Contrôle de la tarification des actes :**

Le contrôle de la tarification des actes n'a jamais été mené ; il n'y a pas de médecin ni infirmier conseil.

- **Contrôle des bénéficiaires ayant droits aux prestations :**

Le contrôle du bénéficiaire ayant droit, s'est fait à l'aide du carnet d'adhérent, et la fiche d'inscription.

Il est réalisé par le prestataire de soins. Le prestataire de soins doit, vérifier la validité du carnet d'adhérent; contrôler que le patient est bien l'une des personnes inscrites sur la carte; s'assurer éventuellement que le nom du bénéficiaire ne figure pas sur une liste de personnes exclues de la mutuelle sociale qui peut lui être adressée par cette dernière.

La commission de contrôle n'est jamais allée vers les structures conventionnées.

- **Contrôle externe :**

La MUSCAV n'a jamais eu à faire recours au service d'un contrôle externe.

### **3.2.2.5. : Tenues des réunions :**

La tenue des réunions est programmée à l'avance, mais n'est pas respectée.

Au début, les réunions se tenaient normalement à date échues d'octobre à février 2015 puis en mars, les réunions ont commencé à être irrégulières.

**Tableau V: Tableau prévisionnel des réunions**



**MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT (MUSCAV)**

« *Diappo And Fadiou-solidarité Agissante pour la Santé* »

ORGANE	DATE	OBSERVATION
Conseil d'Administration	25 Octobre 2014	Fait
Bureau Exécutif	20 Décembre 2014	Fait
Bureau Exécutif	24 Janvier 2015	Fait
Conseil d'Administration	14 Février 2015	Fait
Bureau Exécutif	14 Mars 2015	Pas fait
Bureau Exécutif	11 Avril 2015	Fait
Conseil d'Administration	16 Mai 2015	Pas fait
Bureau Exécutif	13 Juin 2015	Fait
Bureau Exécutif	18 Juillet 2015	Pas fait
Conseil d'Administration	08 Aout 2015	Fait
Bureau Exécutif	<b>27 Septembre 2015</b>	Pas fait
Bureau Exécutif	<b>17 octobre</b>	Pas fait
Conseil d'Administration	28 novembre	Fait
<b>Assemblée Générale</b>	<b>26 décembre</b>	Pas fait

La rencontre du conseil d'administration n'a pas été faite à la date prévue du 16 Mai 2015.

Les raisons n'ont pas été évoquées.

Les rencontres du Bureau exécutifs ne sont pas tenues aux dates prévues hormis celle du 25 octobre, 20 décembre 2014. Ceci est dû à la non disponibilité des membres à cette date.

L'assemblée générale prévue en décembre 2015 n'a pas été faite à date échu, elle a été tenue le 30 janvier 2016 à la mairie du Plateau.

### **3.2.2.6. Les partenaires**

Il s'agit de toutes les structures conventionnées avec la mutuelle, il n'y a pas eu d'autres partenaires.

### **3.2.2.7. Les mécanismes de paiements**

- Le paiement des cotisations a été, mensuel ou annuel pour les adhérents et bénéficiaires.
- Pour les actes, c'est le mécanisme tiers- payant avec le pourcentage énuméré ci-dessus.
- pour les structures conventionnées, la mutuelle a toujours payé le mois suivant l'acte mené.

### **3.2.2.8. La politique de gestion prévisionnelle :**

La MUSCAV n'avait pas eu, une politique de gestion prévisionnelle. Il n'y avait pas de budgétisation.

## **3.2.3. viabilité fonctionnelle**

### **3.2.3.1. La croissance du nombre des adhérents et de bénéficiaires**

Nous sommes parvenus à élaborer ce tableau, en collectant avec la trésorière, les données des feuilles relatives aux cotisations et des adhésions ; car les informations ne se trouvaient pas au secrétariat général.

L'évolution du nombre d'adhérents et du nombre de bénéficiaires de 2014 à 2015 a été de 374 adhérents en juillet, la mutuelle comptait 538 adhérents, avec zéro bénéficiaire, en fin d'année 2014.

En 2015, on a noté 207 adhérents et 337 bénéficiaires.

La mutuelle comptait 745 adhérents et 337 bénéficiaires à décembre 2015.

Certains adhérents se sont limités qu'à leur droits d'adhésions, ils n'ont pas cotisés pour être bénéficiaires (voir tableau ci-dessous).

De 374 adhérents en juillet, en fin d'année 2014, la mutuelle comptait 538 adhérents, avec zéro bénéficiaire.

La mutuelle bien qu'ayant débuté en janvier, n'a connu des adhésions qu'en juillet 2014 avec 374 adhérents, elles évoluent en dents de scies pour atteindre 538 adhésions en fin d'année 2014. Il y a eu zéro bénéficiaire durant toute l'année.

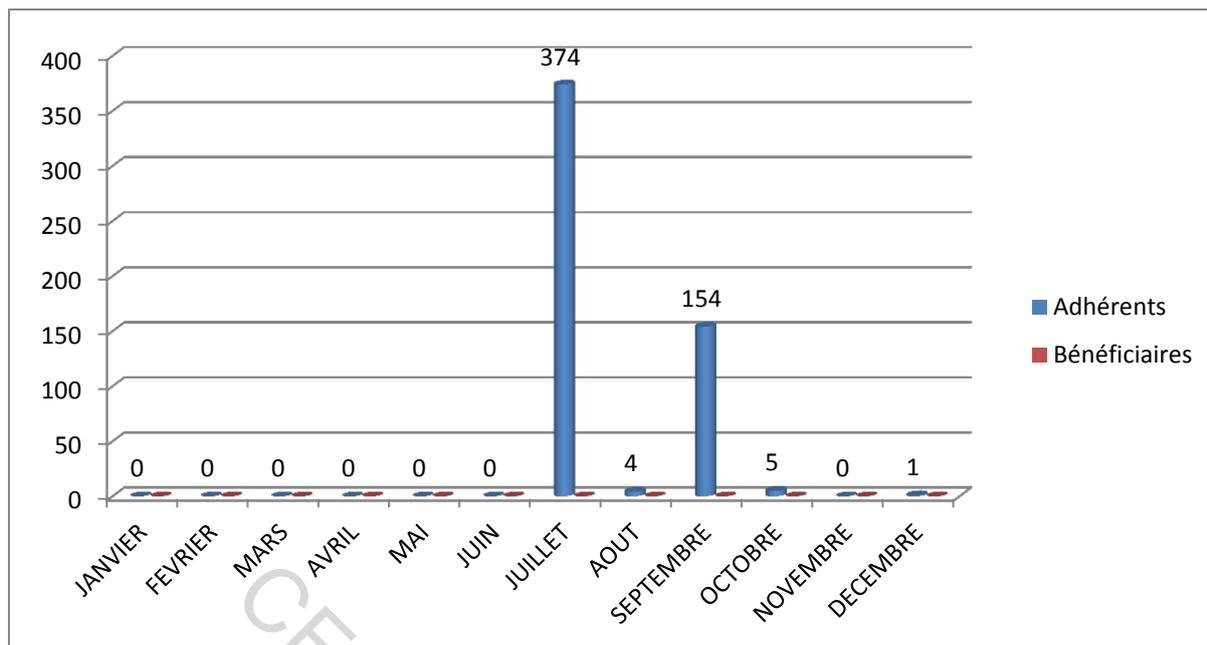
En 2015, on a connu 207 adhésions et 337 bénéficiaires.(voir Tableau N°6).

**Tableau VI : Evolution de nombre d'adhérents et de bénéficiaires**

MOIS- 2015	ADHERENTS	Bénéficiaires	ADHERENTS	Bénéficiaires
	2014		2015	
JANVIER	0	0	0	0
FEVRIER	0	0	9	15
MARS	0	0	11	23
AVRIL	0	0	29	70
MAI	0	0	10	9
JUIN	0	0	22	133
JUILLET	374	0	29	31
AOUT	4	0	6	14
SEPTEMBRE	154	0	2	14
OCTOBRE	5	0	4	11
NOVEMBRE	0	0	45	6
DECEMBRE	1	0	40	11
Total	538	0	207	337

La figure 6 nous montre le nombre d'adhérents par mois. En effet le mois de juillet a connu le plus grand nombre d'adhérents, puis suit le mois de septembre.

En janvier 2015, il y a eu à 0 adhérents, néanmoins on a noté quelques recrutements mais qui n'ont jamais dépassé la trentaine. Par contre les adhérents en 2014 ont commencé à inscrire leurs personnes en charges. En juin 2015, on a noté le recrutement des bénéficiaires le plus important soit 133 personnes (fig. 6).



**Figure 6 : Evolution de nombre d'adhérents et de bénéficiaires en 2014.**

On n'avait pas de bénéficiaire durant toute l'année 2014 par contre en 2015, dès février, on a noté des bénéficiaires qui atteignent 133 en Juin et continue de décroître jusqu'à la fin de l'année.

En 2014, on a noté 538 adhérents contre 207 en 2015. Soit un total des adhérents de 745 adhérents.

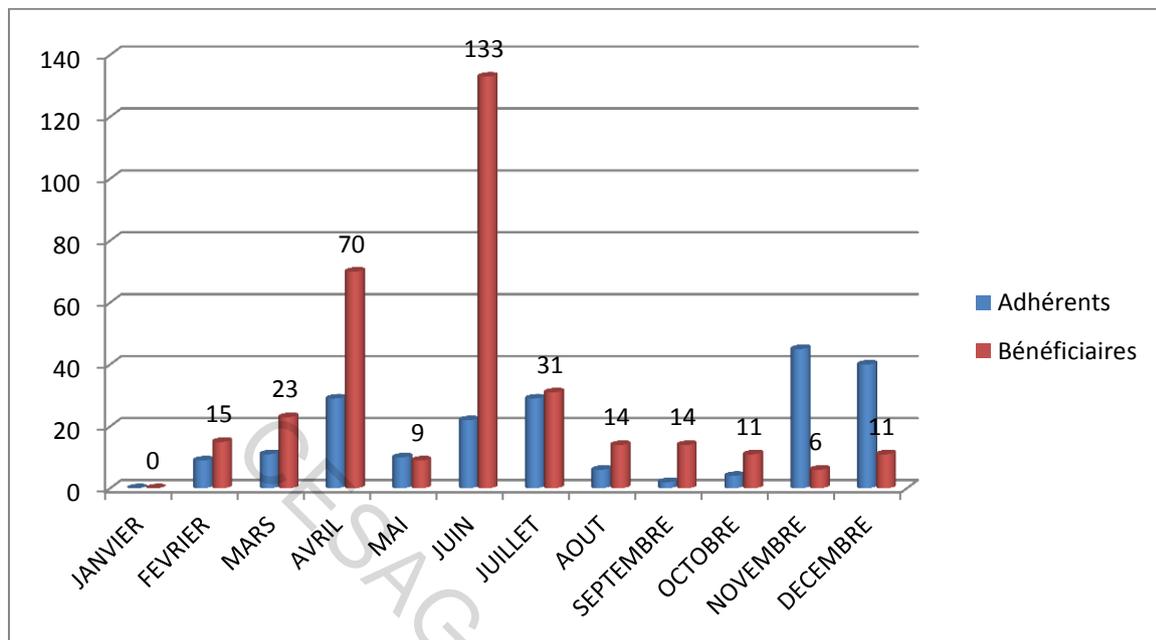
On est passé de zéro bénéficiaire en décembre 2014 à 337 bénéficiaires en fin décembre 2015.

Sur la figure 8, on a noté zéro bénéficiaire durant toute l'année 2014 par contre en 2015, dès février, on a noté des bénéficiaires qui atteignaient 133 en Juin et leur continuait de décroître jusqu'à la fin de l'année 2015.

Pour le nombre d'adhérents 2014, on a noté une hausse en juillet 2014 avec 374 adhérents qui décroît jusqu'à presque devenir nulle en août et reprendre pour atteindre 154 en septembre 2014.

Par contre en 2015, l'évolution des adhérents est en dents de scies n'atteignant jamais la cinquantaine et, mais en novembre décembre 2015, on a noté une adhésion croissante avec 45 et 40 adhésions respectivement (fig. 8).

En 2014, on a noté 538 adhérents contre 207 en 2015. Soit un nombre total d'adhérents de 745 adhérents.



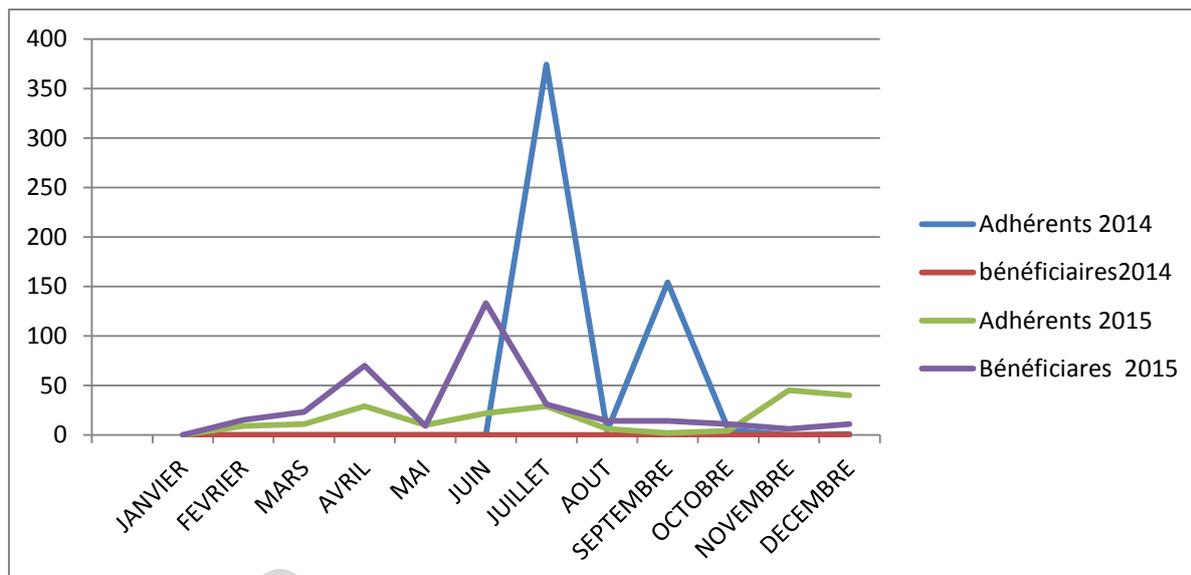
**Figure 7 : Evolution de nombre d'adhérents et de bénéficiaires 2015**

Sur la figure 8, on a noté zéro bénéficiaire durant toute l'année 2014 par contre en 2015, dès février, on a noté des bénéficiaires qui atteignaient 133 en Juin et leur continuait de décroître jusqu'à la fin de l'année 2015.

Pour le nombre d'adhérents 2014, on a noté une hausse en juillet 2014 avec 374 adhérents qui décroît jusqu'à presque devenir nulle en août et reprendre pour atteindre 154 en septembre 2014.

Par contre en 2015, l'évolution des adhérents est en dents de scies n'atteignant jamais la cinquantaine et, mais en novembre décembre 2015, on a noté une adhésion croissante avec 45 et 40 adhésions respectivement (fig. 8).

En 2014, on a noté 538 adhérents contre 207 en 2015. Soit un nombre total d'adhérents de 745.



**Figure 8 : Figure comparative de l'évolution de nombre d'adhérents et de bénéficiaires entre 2014 et 2015**

### 3.2.3.2. Taux de fidélisation

Il reflète le taux de satisfaction des clients, ce taux montre la confiance des adhérents à la mutuelle. Dans ce cas, on n'a pas pu le calculer car les bénéficiaires n'ont commencé à bénéficier des prestations offertes que cette année. On a été confronté à un problème de données fiables.

### 3.2.3.3. Taux de pénétration

La sensibilisation et l'implication des PENC ont eu des effets positifs, car après le sermon de l'Imam de la grande mosquée, on a noté l'adhésion de la moitié des adhésions des dix-huit mois (18). Après, il n'y a pas eu de progression remarquable des adhérents et bénéficiaires.

Cela peut être dû au manque d'effectivité des prestations de services de soins. Il a fallu attendre 12 mois, c'est à dire en juin 2015, pour voir l'acquisition de la plus grande part des cotisations. En juin-juillet 2015, la mutuelle a connu une vraie dynamique, cela peut être dû à l'approche de l'hivernage ou la prévalence paludisme a été très élevée. Les gens cotisent parce que le risque est déjà là, donc la communication n'a pas bien fonctionné.

Par ailleurs, la croissance de la mutuelle a été très faible tant pour les adhérents que pour les bénéficiaires. Le taux de pénétration a été très faible avec 0,36%. La population ne s'est pas appropriée de la mutuelle.

Le taux de pénétration est de 0,36% .Ce taux est très faible. La population ne s'est pas appropriée de la mutuelle.

### 3.2.4. Evolution financière

Une mutuelle sociale doit être constamment en mesure de faire face à ses engagements financiers notamment vis-à-vis des prestataires de soins.

Dans le cas contraire, son existence même peut être remise en question à moins de prendre rapidement des mesures exceptionnelles.

Le montant total versé en 2015 au crédit mutuel sénégalais par la MUSCAV est de 2735850 FCFA .Cette somme est constituée par le montant total des adhésions, les cotisations et les subventions.

La MUSCAV a retiré pour son fonctionnement et le paiement des prestations la somme de 1405000 FCFA. En fin d'exercice la mutuelle a eu un solde de 1330850 FCFA (fig. Tableau N°7).

**Tableau VII: Mouvement du compte de la MUSCAV au crédit mutuel Sénégal du CMS.**

Mois-2015	VERSEMENT CMS	Retraits	Solde
TOTAL	2735850	1405000	1330850

Pour son fonctionnement, la trésorière procédé à des retraits au niveau du compte au niveau de la CMS pour alimenter la caisse de la MUSCAV après validation par le président. En Avril, il y a eu une subvention de 200000 FCFA, cette dernière a été versée directement sur la caisse de la MUSCAV. En 2015, l'approvisionnement de la caisse MUSCAV par les fonds au niveau de la CMS a été de 1405000FCFA en plus des 200000 FCFA de la subvention. Les dépenses au cours de l'année s'élèvent à 1531586 FCFA, en fin d'année le solde de la caisse 73414 FCFA. (Voir Tableau N°8).

**Tableau VIII : Le compte de trésorerie**

<b>2015</b>	<b>Approvisionnement caisses MUSCAV</b>	<b>DONS</b>	<b>Dépenses MUSCAV</b>	<b>Solde caisse MUSCAV</b>
JANVIER	0	0	0	0
FEVRIER	250000	0	218900	31100
MARS	0	0	30100	1000
AVRIL	300000	200000	499750	1250
MAI	150000	0	127600	23650
JUIN	50000	0	71700	1950
JUILLET	0	0	0	1950
AOUT	130000	0	107987	23963
SEPTEMBRE	125000	0	142654	6309
OCTOBRE	100000	0	60990	45319
NOVEMBRE	300000	0	257392	87927
DECEMBRE	0	0	14513	73414
<b>TOTAL</b>	<b>1405000</b>	<b>200000</b>	<b>1531586</b>	<b>73414</b>

En 2015, les dépenses pharmaceutiques s'élèvent à 626483 FCFA. L'intégralité de la facture a été réglée. Par ailleurs il y a deux factures non payées à 143686 FCFA.

Le total de la prestation maladie s'élève à 770169FCFA.

Les frais de fonctionnement s'élèvent à 184830FCFA. Les immobilisations sont de 301000FCA.

Le total des charges est de 1255999 FCFA. (Voir tableau N°9)

**Tableau IX : Dépenses de prestation selon les structures**

2015		
STRUCTURE	Montant Facture en FCFA	Observations
Pharmacie Mame Fatou Diop	374534	Réglée
PHARMACIE LAT.	6919	Réglée
Pharmacie TAMSIR OUMAR	24124	Réglée
Reliquat Médicament	380	Réglé
Transport	13316	Réglée
Centre Elisabeth	114670	Réglée
Dakar Plateau	63140	Réglée
PMI Médina	29400	Réglée
<b>TOTAL 1</b>	<b>626483</b>	<b>Réglé</b>
Pharmacie TAMSIR OUMAR	68649	Non réglée
Pharmacie Mame Fatou Diop	48129	Non réglée
PHARMACIE lat.	26908	Non réglée
<b>TOTAL 2</b>	<b>143686</b>	<b>Non Réglé</b>
<b>TOTAL= TOTAL 1 + TOTAL 2</b>	<b>770169</b>	<b>Prestation maladie</b>
Frais de fonctionnement	184830	Réglés
Immobilisation	60200	Réglée
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>1015199</b>	

Les charges sont constituées des prestations maladies, des frais de fonctionnement, et les amortissements des immobilisations.

Les produits sont constitués des subventions, les droits d'adhésion et des cotisations.

Le montant total des produits est de 2994950 FCFA, alors que les charges sont de 1015199 FCFA par conséquent le résultat de l'exercice est de 1979751 FCFA (Tableau N°10).

**Tableau X : Compte de résultat exercice 2015**

<b>Charges 2015</b>	<b>Montant</b>	<b>Produits</b>	<b>Montant</b>
Prestations maladie	770169	Subvention d'exploitation	1400000
Frais de Fonctionnement	184830	Adhésions	414000
Immobilisation	60200	Cotisations	1180950
<b>Total des charges</b>	<b>1015199</b>	<b>Total des Produits</b>	<b>2994950</b>
Résultat de l'exercice	1979751	<b>Total</b>	
<b>Total</b>	<b>2994950</b>		<b>2994950</b>

Pour le Bilan de la MUSCAV que nous avons eu à concevoir, les actifs 2015 sont constitués de cotisations à recevoir (48550 FCFA), (1665537 FCFA), avoir en banque (1665537 FCFA), avoir en caisse (73414 FCFA) pour un total de 1787501 FCFA.

Les passifs sont constitués :

- réserves = 0 FCFA, car il y a pas eu d'activités en 2014.
- Report à nouveau pour un montant de 1643815 FCFA
- Dettes à courts termes de 143686 FCFA

Le bilan est équilibré à la somme de 1787501 FCFA. (Tableau N° 11 ci-dessous).

**Tableau XI : Bilan exercice 2015**

<b>Actifs 2015</b>	<b>Montant</b>	<b>Passifs 2015</b>	<b>Montant</b>
Cotisation à recevoir	48550	Réserves	0
Banque	1979751	Report à nouveau	1958029
Caisse	73414	Dettes à court termes	143686
<b>Total</b>	<b>2101715</b>	<b>TOTAL</b>	<b>2101715</b>

Trois ratios permettent de mesurer la solvabilité d'une mutuelle sociale à court, moyen et long terme :

- le ratio de liquidité immédiate;
- le ratio de capitaux propres;
- le ratio de couverture des charges.

#### **3.2.4.1. Le ratio de liquidité immédiate**

Le ratio de liquidité immédiate a évalué la solvabilité de la mutuelle à court terme en comparant les disponibilités, c'est-à-dire les avoirs en caisse et en banque, avec les dettes à court terme.

Le ratio de liquidité immédiate est de 14,29 un ratio supérieur à 1 est satisfaisant. Donc la mutuelle est liquide c'est-à-dire qu'elle peut payer à temps ces fournisseurs.

#### **3.2.4.2. Le ratio de solvabilité**

Ce second ratio indiquait la capacité de la mutuelle à honorer ses dettes (à court et long terme) sans recourir à l'emprunt. Il a rapproché toutes les dettes contractées par la mutuelle (lesquelles ne sont pas toutes exigibles immédiatement) avec ses capitaux propres.

Le Ratio de capitaux propre est de 821%. Ce taux est supérieur à 100%, la mutuelle peut honorer ces dettes sans recourir à l'emprunt. Elle est solvable.

#### **3.2.4.3. Le ratio de couverture des charges**

Ce ratio, appelé également le taux de réserve, est une troisième mesure de la solvabilité d'une mutuelle et plus précisément de son autonomie financière. Il compare les réserves de la mutuelle à ses charges mensuelles en prestations maladie.

**Le Ratio de couverture de charges est de 254,23%**

Le ratio de couverture de charges doit être entre 50 et 75%, il est de 254,23 la MUSCAV peut couvrir ces charges.

**Le ratio de couverture de charges est de 27 mois.**

#### **3.2.4.4. Le financement de l'activité de la mutuelle**

En principe, la mutuelle sociale a dû couvrir ses charges à l'aide des cotisations et des subventions qu'elle perçoit. Il est intéressant de savoir ce qu'il en est dans la réalité.

De Janvier 2015 à Décembre 2015, les cotisations ont été de 1180950 FCFA.

Les cotisations versées en 2015 au crédit mutuel sénégalais s'élèvent à 1180950 FCFA.

Les arriérés de cotisations ont été de 48550 FCFA.

#### **3.2.4.5. Taux de recouvrement des cotisations**

On n'a pas pu calculer le taux de recouvrement mensuel, car nous avons été confrontés aux problèmes de réception des données à temps ; car les Penco collectent d'abord avant d'envoyer à la trésorière et cela prend parfois du temps et les données n'ont pas été numérisées. Néanmoins, nous avons calculé le taux de recouvrement annuel

**Le taux de recouvrement annuel est de 95,88 %.** Le taux de recouvrement est satisfaisant.

#### **3.2.4.6. Le ratio cotisations acquises / charges totales de l'exercice**

Ce ratio a pris en considération l'ensemble des charges de l'exercice: charges prestation maladie, charges de fonctionnement, et des immobilisations.

**Le ratio de cotisations acquises/charges totales est égal à 0,85.**

Le ratio cotisation / charges totales est inférieur à 1, les cotisations ne couvrent qu'une partie des charges et, par conséquent, les résultats positifs de la mutuelle sont dépendants d'autres produits (subventions).

#### **3.2.4.7. La «bonne marche financière» de la mutuelle**

L'assurance santé est avantageuse pour les adhérents, si une part importante des cotisations a été utilisée au paiement des prestations et que les frais de fonctionnement sont bas. Il convient dès lors d'évaluer si la mutuelle sociale alloue de façon optimale ses ressources (en particulier les cotisations perçues) au paiement des prestations.

Deux ratios ont été utilisés afin d'évaluer la bonne marche financière d'une mutuelle sociale:

- le ratio de sinistralité;
- le ratio des frais de fonctionnement brut.

#### **3.2.4.7.1. Le ratio de sinistralité**

Le ratio de sinistralité a permis de mesurer la part des cotisations utilisée pour le remboursement ou le paiement des prestations maladie.

Le Ratio de sinistralité est de 65,22%. Ce ratio doit être au moins de 75%, ici, il est de 65,22%. Dans ce cas, les cotisations ne peuvent pas couvrir les frais de prestations maladies.

#### **3.2.4.7.2. Le ratio des frais de fonctionnement brut**

Le ratio des frais de fonctionnement brut a mesuré la part des ressources financières de la mutuelle sociale utilisées pour son fonctionnement. .

Ce ratio était de 6,17%.

Le ratio de frais de fonctionnement doit être inférieur à 15%. Dans ce cas, la part des ressources financières de la mutuelle utilisées pour son fonctionnement est raisonnable.

### **3.2.5. Viabilité économique**

Le taux de financement propre a mesuré le rapport entre les produits propres (avant subvention) de la mutuelle sociale et la totalité des charges de l'exercice (charges comptabilisées + coûts cachés).

**Le taux de financement propre est de 53,45 %,**

Ce ratio mesure le rapport entre les produits propres (avant subvention) d'une mutuelle sociale et la totalité des charges de l'exercice (charges comptabilisées + coûts cachés). Ce taux doit être au moins égal à 100 %. Par conséquent la MUSCAV n'est pas viable économiquement, il sera alors nécessaire de voir des financements alternatifs ou recourir à une politique d'adhésion et de bénéficiaires massives.

**Tableau XII: La situation financière par les ratios**

<b>Ratio</b>	<b>Résultats</b>	<b>Normes</b>	<b>Commentaires</b>
Ratio de Liquidité Immédiate	12,10	Un ratio supérieur à 1 est considéré comme satisfaisant.	la mutuelle peut payer à temps ses fournisseurs .La liquidité est importante.
Ratio de capitaux propres	821%	Le ratio de capitaux propres doit être supérieur à 100 %.	La mutuelle peut honorer ses dettes sans recourir à l'emprunt. Elle est solvable.
Ratio de couverture de charges	254,23% 27 mois	Ce ratio doit être entre 50 et 75 %, c'est-à-dire entre six et neuf mois	La MUSCAV peut couvrir ces charges.
Taux de recouvrement	95,88%	Ce taux doit tendre vers 100%	Le taux de recouvrement est satisfaisant.
Ratio cotisation/charges Totales	0,85	Ce ratio doit être supérieur à 1	les cotisations ne couvrent qu'une partie des charges et, par conséquent, les résultats positifs de la mutuelle sont dépendants d'autres produits (subventions).
Ratio de sinistralité	65,22%	Ce ratio doit être au moins de 75 %	Dans ce cas, les frais de prestations maladies sont supérieurs aux cotisations.
Ratio de frais de fonctionnement	6,17%	ce ratio doit être inférieur ou égal à 15 %.	la part des ressources financières de la mutuelle utilisées pour son fonctionnement est raisonnable.

**Tableau XIII: L'analyse la viabilité économique**

<b>Ratio</b>	<b>Résultats</b>	<b>Normes</b>	<b>Commentaires</b>
Taux de financement propre	53,45	ce taux doit être au moins égal à 100 %.	Ce ratio est inférieur à 100 %, la mutuelle n'est pas en mesure d'assumer seule la totalité des charges d'un exercice sur la seule base des cotisations de ses adhérents.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## Chapitre 4 : ANALYSE DES RESULTATS

Cette étude de la gouvernance des mutuelles de santé a pour objectif général d'évaluer la gouvernance technique et financière de la mutuelle de santé du Cap Vert (MUSCAV) de Dakar.

L'étude nous a permis de décrire la gouvernance institutionnelle, technique et fonctionnelle de la MUSCAV.

- Sur le plan institutionnel, La MUSCAV disposant bien de statuts et règlement intérieur présente au niveau institutionnel quelques problèmes. Elle a été initiée par la communauté Lébou, ce qui peut être une force ; néanmoins, bien que les responsables et les textes aient affirmé que tous peuvent adhérer et peuvent diriger, il a demeuré que la gouvernance démocratique a présenté des manquements, elle a été toujours sous l'influence de la communauté coutumière.

Par ailleurs, nous avons vu que le siège se trouve dans une mosquée, cela peut démotiver les personnes des autres croyances religieuses.

En plus, la non délimitation de la zone d'intervention a été contraire à la politique de la couverture maladie universelle qui veut que les mutuelles soient communales, donc il faudra envisager créer des mutuelles communales pour certains membres des quartiers de Ngor, Yoff et même Rufisque.

Au niveau des structures d'appui en relation avec la mutuelle, la MUSCAV n'a pas été conventionnées avec les hôpitaux ; cela peut restreindre l'adhésion de certaines personnes et il n'y a pas eu de partenaires aidant au financement de la mutuelle autre que les collectivités Lébous.

- Sur le plan technique, Après un an de fonctionnalité, la mutuelle n'a pas eu de gestionnaire, c'est le secrétaire général du bureau exécutif et la trésorière qui ont joué le rôle de gestionnaire.

Les modalités d'adhésion ont été explicites et accessibles. Le droit d'adhésion était supérieur aux consignes de la CMU. Le livret d'adhésion ne prenait en compte que neuf personnes aux maximum ce qui est différent du livret de la CMU qui prend en compte dix-huit personnes.

La période d'observation a été longue, contrairement aux mutuelles initiées par la CMU, cela peut être source de démotivation.

Les documents d'adhésion ont été bien confectionnés et bien libellés, mais la planification des activités financières faisait défaut.

Le contrôle externe bien qu'indispensable n'a jamais été fait ; et le tableau prévisionnel des réunions n'était pas bien renseigné.

Les informations nécessaires à la tenue du tableau de bord n'étaient pas bien renseignées ; et les quelques informations n'étaient pas informatisées.

Le suivi global d'adhérents, de personnes à charges et de bénéficiaires n'étaient pas comptabilisés par le secrétaire général ; toutes ces déficiences sont peut être dues à l'absence d'un gestionnaire.

Le taux de prise en charges des prestations était différent de celui de la couverture maladie universelle. Il n'y avait pas de données à jours des cotisations des adhésions et des prestations de soins.

Techniquement, la MUSCAV a présenté quelques manquements pour lesquels nous proposerons des solutions.

Cela est dû à plusieurs problèmes entre autres la sensibilisation, la communication, la gouvernance.

Une récente analyse des mutuelles de santé du projet Partners for Health Reform plus (PHRplus) a permis de tirer des leçons utiles sur la façon d'améliorer les chances de viabilité (Revue, 21 questions sur FCS : Les mutuelles de Santé, septembre 2004).

Il semble que les principaux obstacles à la viabilité soient des erreurs de conception propres à certaines associations, une gestion inexpérimentée, une collecte inadéquate des cotisations et le manque de développement institutionnel.

La fourniture de formation et d'assistance technique peut aider à surmonter certains de ces problèmes. Par exemple, les dirigeants des mutuelles doivent définir des paquets de bénéfices et des niveaux de primes réalistes ; les résultats des études de faisabilité peuvent aider à

prendre des décisions informées dans ces domaines. Les responsables des mutuelles ont également besoin de compétences en utilisation des systèmes informatiques pour gérer les données ainsi que de pratiques comptables, y compris en ce qui concerne l'exactitude des systèmes de collecte des primes. La mise en œuvre effective de techniques de gestion des risques est également importante.

Après l'analyse des facteurs de promotion ou d'entraves aux bonnes pratiques de la responsabilité et de la transparence, figure la gouvernance coutumière, en effet, avec la subdivision de la collectivité en Pinth, la gestion démocratique fait défaut.

Alors que Selon, la Contribution de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale - MGEN France et de la Mutualité Socialiste - MS Belgique au livre vert sur « Le cadre de gouvernance d'entreprise dans l'UE » paru en Juillet 2011, Les mutuelles sont des sociétés de personnes, et non de capitaux. Cette spécificité est au cœur de leur gouvernement d'entreprise fondé sur la démocratie et l'expression des adhérents.

Les mutuelles fondées sur un principe de gouvernance démocratique, ont mieux résisté aux conséquences de la crise. Ce récent retour d'expérience pourrait être utile dans le débat général sur la gouvernance.

Les échelons de représentation à la MGEN, l'organisation du gouvernement d'entreprise permet à tout adhérent de participer, directement ou indirectement, à l'Assemblée générale et d'être élu comme administrateur. Les adhérents peuvent également se présenter à l'élection au comité de section départementale.

- Les lois et les règlements divers en rapport avec la bonne gouvernance de la mutuelle de santé du Cap-Vert (MUSCAV) sont bien définis dans le règlement intérieur et les statuts ainsi que les textes au niveau national. Cependant, faute de gestionnaires bien formés, les procédures ne sont pas toujours respectées.

- L'analyse de l'utilisation des outils de suivi de la gestion financière au sein de la mutuelle montre l'absence d'une planification des activités et la non- budgétisation des ressources, l'absence d'un tableau de bord et un suivi et évaluation.

- L'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) de la mutuelle montre :

**Tableau XIV : Analyse FFOM**

<b><u>FORCES:</u></b>	<b><u>OPPORTUNITES:</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adoption des principes de la mutualité</li> <li>- Demande accrue</li> <li>- Disponibilité et accessibilité des structures conventionnée</li> <li>- Taux de recouvrement des cotisations satisfaisant</li> <li>- Présences de subventions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stabilité politique</li> <li>- Un engagement politique au plus haut niveau</li> <li>- Création de l'agence de la couverture maladie universelle et sa mise en œuvre.</li> </ul>
<b><u>FAIBLESSES:</u></b>	<b><u>MENACES:</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de gestion prévisionnelle</li> <li>- Manques de relations avec les autorités locales</li> <li>- Manque de formation des acteurs</li> <li>- Déficit du système comptable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte présence du secteur informel</li> <li>- Récupération politique de la mutuelle</li> <li>- La réticence des autorités coutumières à la gouvernance démocratique</li> </ul>

**TROISIEME PARTIE :  
DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET  
LEUR PRIORISATION- IDENTIFICATION ET  
PRIORISATION DES SOLUTIONS- PLAN DE  
MISE EN ŒUVRE**

## **Chapitre 5 : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION**

### **5.1.Présentation des outils**

Dans un premier temps, nous avons eu à utiliser pour faire l'analyse de la gouvernance de la MUSCAV, la méthode d'identification des problèmes avec l'approche par enquête.

Maintenant que nous avons noté des manquements, nous allons utiliser la démarche de résolution de problèmes (PDCA) pour résoudre les problèmes de façon définitive.

La méthode de résolution de problèmes PDCA repose sur quatre mots clefs :

- P : qui signifie Plane ou préparer :
- D : qui signifie do ou dérouler :
- C : qui signifie check ou contrôler :
- A : qui signifie act ou assurer :

Cette méthode permet de résoudre définitivement les problèmes en procédant étape par étape.

Dans chaque étape il existe des points importants :

P : La constitution du groupe est très importante, il doit comporter des gens compétents, motivés et ayant le pouvoir de décision. Le périmètre du problème doit être bien défini, ni trop vaste afin de ne pas décourager le groupe et ni trop étroit. Il faut valider les causes principales avant de passer aux étapes suivantes. Il est important de choisir les solutions optimales en fonction de critères définis.

D : Il est essentiel d'avoir un plan d'actions avec un pilote identifié pour chaque action.

C : Dans cette étape Il faut vérifier que les objectifs définis dans l'étape P sont bien atteints, si ce n'était pas le cas il faudrait « remonter » à l'étape précédente pour corriger ce qui n'a pas fonctionné.

A : Il faut vérifier que les résultats obtenus dans la phase contrôler sont efficaces dans le temps et si c'est le cas formaliser les solutions et placer des systèmes anti-erreurs si possible.

De plus il faut généraliser les solutions mises en place mais surtout valoriser les acteurs du groupe.

Si toutes les étapes de la méthode sont respectées en évitant les écueils cela permet de résoudre les problèmes de façon définitive.

Nous utiliserons :

- Pour rechercher les causes et les solutions : un (brainstorming)
- Pour visualiser les causes : un (Diagramme d'Ishikawa)
- Pour hiérarchiser les causes : un (vote pondéré)
- Sélectionner les solutions (analyse multicritères)
- Mettre en œuvre la solution retenue. Cette étape est constituée de trois phases (Définir la zone d'expérimentation, Rédiger un plan d'action, Réaliser toutes les actions définies).
- Le plan d'action peut se résumer soit à un diagramme de Gantt ou à un tableau.

## **5.2.Détermination et analyse des causes :**

La recherche des causes se réalise grâce au « remue-méninges » traduction littérale de brainstorming. Pour y parvenir, nous avons eu à présenter les résultats de notre travail à un groupe de six personnes.

Toutes les idées ont été prises, puis regroupées.

- Problème au niveau de la viabilité technique,
- Problème de viabilité fonctionnelle,
- Problème de viabilité financière.

Les causes :

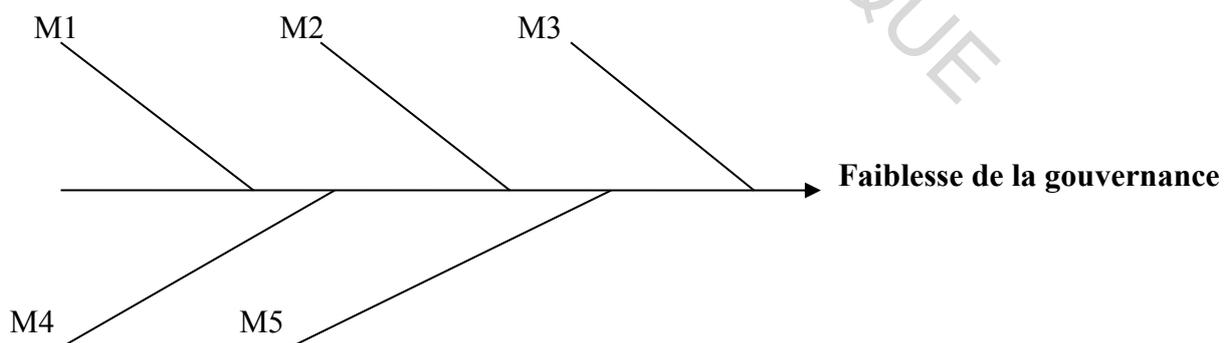
- **u niveau technique** : pas de gestionnaire, problème de formation gestionnaire; défaut d'un dispositif avec des relais dans les districts,
- **Au niveau fonctionnel** : faible taux de la pénétration, il y a un faible taux de pénétration, la population ne s'est pas approprié la mutuelle. Il y a un problème de communication et de sensibilisation, manque de ressources et de moyens d'occupation du terrain.

- **Le problème au niveau de la viabilité financière** : manque de formation et de compétences comptables et gestionnaires, procédures comptables, problème de suivi et d'évaluation, problème de financement de la mutuelle par les cotisations.

### 5.3. Visualiser les causes

L'outil utilisé pour visualiser les causes est le diagramme cause – effet, appelé diagramme d'ISHIKAWA ou diagramme en arêtes de poisson. Il permet de représenter toutes les idées émises lors du brainstorming. On peut classer les causes selon les 5M :

- M1 : Matière : tout ce qui est consommable (sensibilisation, information, logiciel).
- M2 : Méthodes : tout ce qui est lié au savoir-faire ou à l'organisation (procédures, suivi évaluation, contrôle, défaut d'un dispositif avec des relais dans les districts).
- M3 : Matériels : tout ce qui résulte d'investissements (la localisation du siège) : manque de ressources et de moyens d'occupation du terrain.
- M4 : Main d'œuvre : tout ce qui est relatif à l'action humaine (faible engagement des adhérents dans la gestion de la mutuelle de santé, compétence gestionnaire, formation, manque d'expertise de quelques responsables) Communication, culte du bénévolat qui favorise la non implication totale).
- M5 : Milieu : tout ce qui est lié à l'environnement physique et humain (connotation coutumière, manque d'autonomie, démocratie).



**Figure 9 : Diagramme d'ISHIKAWA ou diagramme en arêtes de poisson**

#### **5.4.Hiérarchisation des causes**

Après détermination et analyse des causes, il faut les hiérarchiser c'est à dire trier les causes par ordre d'importance par un vote pondéré. Par vote nous sommes parvenus à montrer qu'à l'état actuel d'existence de la mutuelle, le problème le plus important est le problème de la faible pénétration car les mutuelles obéissent à la loi des grands nombres, ensuite suit le problème de la compétence technique et financière (managériale, comptable et gestionnaire).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

### 6.1. Identification des solutions possibles

Pour la recherche des solutions, nous allons utiliser le même outil pour rechercher les causes : le remue-méninges ou brainstorming.

Ces solutions sont bien sûr censées éliminer les causes du problème.

Il s'agit de choisir parmi la liste des solutions proposées, les solutions optimums. C'est une solution qui va répondre au mieux à certains critères d'évaluation :

- l'efficacité,
- le coût,
- la rapidité,
- la facilité de mise en œuvre

Ces critères ont été déterminés par le brainstorming, puis classés grâce à un vote pondéré.

- **Pour la compétence technique**, c'est dire les problèmes liés à la formation, le critère le plus important est l'efficacité.
- **Pour le problème de la pénétration**, c'est à dire la solution de la sensibilisation et la communication, le critère facilité de la mise en œuvre.

Bien sûr, le classement des critères va varier suivant le type de solutions à mettre en œuvre. Les causes principales sont :

#### 1) Le manque de sensibilisation et de communication

Pour cette dernière, après avoir réalisé le brainstorming et le vote pondéré pour les solutions et les critères nous obtenons :

**Solution proposée: - Elaborer un plan de communication efficace.**

#### 2) Le manque de formation

**Solutions proposées : - former les responsables - recruter un gestionnaire.**

## **6.2. Priorisation de la solution retenue**

Comme pour les causes, après un vote pondéré, la solution 1, c'est-à-dire élaborer un plan de communication et de sensibilisation a été retenue, puis en seconde position restructurer la mutuelle et organiser des séances de formations.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **Chapitre 7: PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION**

### **7.1. Justification**

Le niveau et la qualité de l'information sur la mutuelle de santé restent très faibles. Ce qui prouve l'existence d'un déficit de communication sur la mutuelle et, subséquemment, le faible taux de pénétration enregistré. Les dysfonctionnements notés (problème de communication, gestion, manque de professionnalisme...) révélés par l'enquête constituent dans une certaine mesure des freins à la souscription.

La MUSCAV est confrontée à un déficit de visibilité et de dynamisme, qui expliquent son non appropriation par les populations.

Les acteurs ne sont pas rompus aux techniques de facilitation et de communication persuasive. C'est pour cette raison qu'il faut élaborer un plan de communication efficace

### **7.2. Objectifs du projet**

#### **7.2.1. Objectif Général**

Contribuer à une meilleure compréhension et adhésion des populations à la Mutuelle par la mise en place d'un plan d'information, de communication et de sensibilisation.

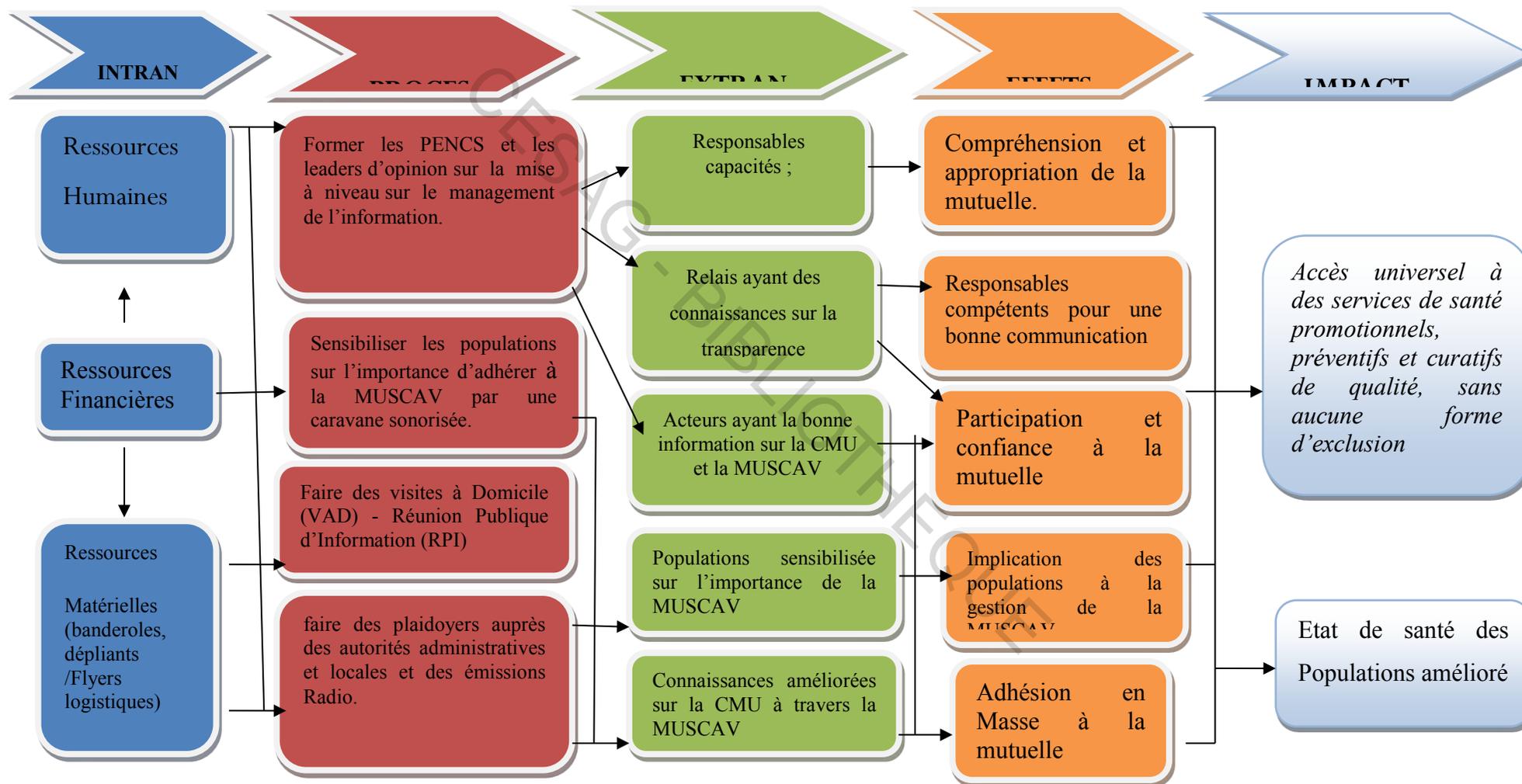
#### **7.2.2. Objectifs spécifiques:**

- former les responsables et les relais en plaidoyer et marketing social pour leur permettre de prendre en charge les questions de lobbying, et de compétitivité de la mutuelle.
- mesurer le niveau d'information et de connaissances des cibles de la mutuelle ;
- identifier les habitudes de communication des cibles ;
- élaborer les supports et identifier les canaux appropriés ;
- informer les populations, les acteurs de développement à la base, les autorités administratives sur l'existence de la mutuelle ;
- informer et sensibiliser l'ensemble de la population sur la MUSCAV ;

Un plan d'actions planifié et budgétisé sera élaboré et sa mise en œuvre nécessitera un suivi évaluation à mi-parcours avec des indicateurs de résultats et de processus.

### 7.3. Cadre logique

Figure 10 : Cadre logique :



## **7.4. Plan opérationnel :**

Pour résoudre le problème prioritaire de la MUSCAV, il faut une communication interne, une communication interpersonnelle et une communication de masse:

### **7.4.1. Communication interne**

#### **❖ Axe 1 : Formation**

L'information ressource fait défaut ; les travaux ont révélés des dysfonctionnements dans l'appropriation de l'information au niveau des populations. La mutuelle est d'autant plus viable qu'elle ait plus d'adhérents ; pour ce faire il faut encourager les adhésions d'où la nécessité, de se doter d'une formation sur la politique de communication interne.

La mise en œuvre de la stratégie de communication sur la Couverture Maladie Universelle(CMU) à travers la MUSCAV, requiert le renforcement des capacités des acteurs afin de leur permettre de comprendre les messages, d'y adhérer et de se les approprier.

Cette ambition sera portée par un plan de communication cohérent et permanent, capable de s'adapter aux différents contextes.

L'impact du message sera d'autant plus fort que les relais seront eux-mêmes identifiés comme des personnes crédibles. La formation de ces derniers revêt une grande importance. Aucun segment social dans sa diversité et sa spécificité ne sera négligé.

#### **7.4.1.1. Objectif général**

Faire connaître la CMU en tant que politique de santé dont l'axe prioritaire est le développement des mutuelles et mettre l'accent sur les principes et le fonctionnement de la MUSCAV.

#### **7.4.1.2. Objectifs spécifiques**

- Concevoir l'information à diffuser autour de l'assistance médicale ;
- Formaliser l'information pour une meilleure organisation et une coordination de la communication interne entre les principaux acteurs de la MUSCAV,
- mettre au même niveau d'information l'ensemble des acteurs de la mutuelle;

- créer un véritable élan d'appropriation de la mutuelle par l'ensemble des responsables;
- encourager les populations qui ne disposent pas d'assurance maladie à adhérer à la mutuelle de santé pour accéder à des soins de qualité à moindre coût ;
- renforcer leur implication en les transformant en véritables relais sur le terrain ;
- mettre en place une forte synergie entre la mutuelle et les prestataires dans l'organisation, la gestion et la coordination de l'information.

#### **7.4.1.3. Méthodologie : principes pédagogiques**

La formation est fondée sur les principes andragogiques (formation des adultes). La démarche interactive part des expériences respectives des participants pour arriver à une règle générale partagée. Cette règle ne résulte pas de compromis mais est conforme aux principes de rigueur, de cohérence et d'efficacité. Les sessions de formation sont aussi plus proches que possibles des situations réelles. Les témoignages personnels sont déclinés sous forme de sketches et discutés par les participants. Des visites sont effectuées dans les structures de santé et dans les sièges d'autres mutuelles de Santé. Au cours de ces visites, des rencontres ont lieu avec les prestataires et les bénéficiaires, les adhérents et le personnel de gestion. Les points de vue recueillis et les constats faits sur place feront l'objet de restitutions.

L'approche genre est particulièrement importante parce que les femmes sont très impliquées dans les problèmes de santé de tous les membres de la famille.

#### **7.4.1.4. Groupes cibles**

Les cibles à former sont :

- les responsables MUSCAV ;
- les mutualistes ;
- les chefs des PENCS ;
- certains bénéficiaires ;
- les leaders d'opinion ;
- les journalistes, les animateurs et les communicateurs traditionnels ;
- et les élus locaux.

#### 7.4.1.5. Résultats attendus

Au terme de la formation, les participants seront capables de :

- Acquisition des connaissances pour expliquer la CMU dans sa globalité ;
- -Compréhension, appropriation et adhésion de la mutuelle par les habitants de la commune
- -Confiance de la population à la mutuelle
- -Participation à la mutuelle par la population
- -Renforcement capacités professionnelles Acquisition/Renforcement culture transparence et bonne gouvernance
- -Relais bonne information
- Responsable capacités professionnelles et la culture de la transparence et de la bonne gouvernance
- initiation et relayaient de l'information fiable sur la CMU à travers la MUSCAV ;

**Tableau XV : Formation à la couverture Maladie Universelle à travers la redynamisation de la MUSCAV**

<b>Mutuelles</b>	<b>Cibles</b>	<b>Contenus</b>	<b>Résultats attendus</b>
<b>MUSCAV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupements féminins</li> <li>- « Bajenu Gox »</li> <li>- Personnes du troisième âge</li> <li>- Associations religieuses</li> <li>- Collectivités locales</li> <li>- Associations de notables</li> <li>- Personnels de santé</li> <li>- Journalistes</li> <li>- Autre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le risque maladie</li> <li>- Principe de bases d'une Mutuelle de santé</li> <li>- Organisation et fonctionnement</li> <li>- Paramètre clé Décam</li> <li>- Processus de mise en place et de restructuration d'une mutuelle</li> <li>- Gestion des Risques</li> <li>- Marketing social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleure acquisition des connaissances/ CMU</li> <li>- Bonne Compréhension, appropriation et adhésion de la mutuelle</li> <li>- Meilleure Confiance à la mutuelle</li> <li>- Participation active à la mutuelle</li> <li>- Renforcement capacités professionnelles</li> <li>Acquisition/Renforcement culture transparence et bonne gouvernance</li> <li>- Bonne information des relais</li> </ul>

#### **7.4.2. Communication interpersonnelle et communication de masse (Axe2 et Axe 3)**

L'objectif stratégique majeur est d'occuper le terrain et surtout les espaces très fréquentées par les populations (les marchés, les mosquées, les églises, les gares routières, les centres et unités de santé, etc.).

Ensuite, il s'agit de marquer les esprits par un déploiement de logistique adapté à la circonstance (camion sonorisé, T-shirt, flyers etc.)

##### **7.4.2.1. Messages et acteurs**

La livraison des messages doit être séquentielle suivant une chronologie adaptée et formalisée. Il ne s'agit pas de parler de la CMU et des mutuelles de santé sans tenir compte des modes de perception et de compréhension du milieu qui a ses spécificités. Il est question

ici, de tenir compte de la langue parlée (Wolof, peulh, français) et des modes de transmission, d'où la nécessité d'impliquer une personne ressource (Chef coutumier, un crieur public, un leader d'opinion etc.) ; en plus des acteurs internes de la logistique : un MC (Master of ceremony), un agent sanitaire, un régisseur (pour les travaux de diffusion des messages) et des ressources locales recrutées pour la distribution de supports avec la mise en situation par l'image de la Mutuelle.

#### **7.4.2.2. Outils et supports**

Il est vivement recommandé de faire une pièce théâtrale ou associer un humoriste.

Confectionner des T-shirts avec l'initiale de la mutuelle.

Les dépliants et flyers feront partie de l'arsenal des supports avec un accent particulier mis sur les images et figures représentatives des différentes prestations offertes et les cibles concernées.

#### **7.4.2.3. Public-cible**

Le public cible est constitué :

- les personnes âgées ;
- les indigents et groupes vulnérables ;
- les femmes au foyer et femmes enceintes ;
- les prestataires des soins de santé et des services sociaux ;
- toutes les couches de la population

#### **7.4.2.4. Résultats attendus/Indicateurs**

- Population bien sensibilisées et comprenant le fonctionnement de la CMU et de la mutuelle ;
- Meilleure appropriation du dispositif par les cibles ;
- Augmentation du nombre des adhésions et la souscription en masse à la mutuelle de santé ;

Le nombre d'adhésions aux mutuelles de santé devrait être un bon indicateur de la pertinence et du bon fonctionnement du plan de Communication. A ce niveau, la mise en place d'une

unité de veille et d'alerte s'avère nécessaire afin de connaître au quotidien l'impact des campagnes d'information et de communication.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Tableau XVI : Tableau récapitulatif**

<b>Axe</b>	<b>Objectif de la communication</b>	<b>Cibles</b>	<b>Actions /supports</b>	<b>Stratégie d'intervention</b>	<b>Résultats Attendus</b>
Communication interne	Mise à niveau Implication	Responsables des mutuelles et relais	Formation, mise à disposition des ressources	Ateliers de formation Approche participative	Conception documentation
Communication interpersonnelle		PENCS, les marchés, les corps de métiers, Les prestataires de soins	- causerie Visites à Domicile (VAD) - Réunion Publique d'Information	Marketing social, Dialogue social, Plaidoyers	Implication positive Compréhension, appropriation et adhésion / CMU Elever le niveau d'implication des acteurs
Sensibilisation et communication de Masse	Appropriation de la mutuelle Information et sensibilisation	Chefs coutumiers Adhérents Population commune	Caravanes Dépliants ; flyers, Affiches	Animation, jeux des rôles, dialogue	Multiplication des relais ; Compréhension, appropriation, adhésion / CMU

## 7.5. Budget par activités du comité de communication et sensibilisation de la MUSCAV

Tableau XVII : Budget par activités du comité de communication et sensibilisation de la MUSCAV

Activités	Quantités	Montant unitaire	Nombres de jours	Nombre de participants	Montant total
<b>AXE 1: FORMATION (communication interne)</b>					
Activités	Quantités	Montant unitaire	Nombres de jours	Nombre de participants	Montant total
Formateurs	2	25000	2	2	100 000
cahiers, stylos, support, cours	60	3000	1	60	180 000
Perdium	60	5000	2	60	600 000
Pause-café	60	1000	2	60	120 000
Pause déjeuné	70	2000	2	70	280 000
<b>Sous total : 1</b>					<b>1 280 000</b>
<b>AXE 2 : Communication interpersonnelle</b>					
<b>causeries et visites à domicile</b>					
Rencontre de conception du message	15	10000	2	15	300 000
conseil de quartier	12	20000	1	60	240 000
Motivation Baniene Gokh	24	5000	1	24	120 000
Poste de santé et centre de santé	5	20000	1	4	100 000
Mosquée et Eglise	13	20000	1	4	260 000
ASC et GF, GIE	10	20000	1	5	200 000
<b>Sous Total 2</b>					<b>1 220 000</b>

Plan d'action du comité de communication et sensibilisation de la MUSCAV

**Tableau XVIII : Budget par activités du comité de communication et sensibilisation de la MUSCAV**

Activités	Quantités	Montant unitaire	Nombres de jours	Nombre de participants	Montant total
<b>Axe3: Communication de masse</b>					
<b>Organisation d'une caravane de sensibilisation sur la mutuelle de santé de la commune</b>					
Camion sonorisé	1	50000	2	60	100 000
Banderoles	2	25000	1	60	50 000
Tamtam	1	25000	2	60	50 000
Eau	10	1000	2	1000	20 000
T-Shirt + cassette	200	1500	1	200	300 000
Camion et Car	10	25000	2	60	500 000
<b>Sous total 3</b>					<b>970 000</b>
<b>Réunion Publique d'Information (RPI)</b>					
Sonorisation	1	30000	2		60 000
Animateur	1	50000	2		100 000
Chaises	300	100	2		60 000
<b>Sous total 4</b>					<b>220 000</b>
<b>Couverture médiatique</b>					
Télévision et radio	1	150000	2		300 000
Presse écrite	1	20000	5		100 000
<b>Sous total 5</b>					<b>400 000</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>					<b>4 090 000</b>

7.6. Tableau de bord (planning des actions) :

Tableau XIX : Tableau de Bord

Calendrier	Jun 2016	Juillet	Aout	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier 2017	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Actions													
Formations													
Promotion, Animation, road show													
Activation plan média													

## 7.7. Suivi et évaluation

L'accompagnement stratégique va se matérialiser par un processus de suivi-évaluation permanent par la mise en œuvre d'indicateurs d'activités, de processus et d'indicateurs de résultats et d'effets. Il sera question à ce niveau de surveiller et d'analyser de manière permanente et continue le déroulement des activités prévues dans le plan de communication :

- s'assurer de l'exécution effective des activités prévues ;
- pouvoir détecter et analyser les difficultés rencontrées ;
- procéder à des corrections à mi-parcours et profiter des opportunités offertes par un contexte favorable.

L'évaluation consistera à mesurer les réalisations du plan de communication et à les comparer avec les prévisions en vue de déterminer si les objectifs sont atteints.

**Tableau XX : Tableau des indicateurs de suivi et évaluation**

Mutuelles	Indicateurs d'activités	Indicateurs d'extrants	Indicateurs d'effets
<b>MUSCAV</b>	Le nombre de PENCs visités	Le nombre de responsables capacités.	Le niveau de fréquentation des centres et unités de santé par les cibles concernées
	Le nombre de sorties médiatiques (tout média) .Le nombre de caravanes de sensibilisations effectués	Le nombre relais ayant des connaissances sur la culture de la transparence.	Compréhension et appropriation de la mutuelle.
	.Le nombre de rencontres, échanges et causeries	Le nombre d'acteurs ayant la bonne information sur la CMU et la MUSCAV.	Implication de la population à la gestion de la MUSCAV.
	.le nombre d'annonces et de publiereportages radio et télévision	Le pourcentage de la population sensibilisée.	Adhésion en masse des populations.
	Nombre de Flyers distribués Le nombre de plaidoyer		Participation et confiance à la mutuelle.

## **RECOMMANDATIONS :**

### **- Recommandations à l'endroit de l'agence de la couverture maladie universelle :**

- Proposer une restructuration de la MUSCAV
- Financer la campagne de sensibilisation de la mutuelle.

### **- Recommandations à l'endroit des responsables de la MUCAV :**

- Renforcer les compétences techniques des dirigeants au niveau de la gestion et de l'organisation.
- Redynamiser l'organe de contrôle.
- Penser à un médecin ou d'un infirmier conseil pour contrôler les prescriptions et être les relais avec les prestataires.
- Fixer un plafond de consommation de soins.
- opter en priorité pour la radio (chaines communautaires) et la télévision comme supports les plus appropriés pour toucher directement les cibles ;
- favoriser l'information de proximité en s'appuyant sur les canaux : « marchés », conseil de quartier et les relais locaux de communication notamment les « Bajenou Gox » et les leaders d'opinions locaux (chefs de quartier, élite maraboutique, relais communautaires).
- S'appuyer sur les centres et les postes de santé locaux comme espaces de diffusion de l'information. Des points focaux d'information sur la CMU et à la MUSCAV pourraient être aménagés au sein de ces structures afin de permettre aux bénéficiaires potentiels d'avoir un accès facile et direct aux informations.
- Démultiplier par le biais des médias, l'information sur l'existence et les avantages liés à une souscription aux mutuelles.
- élargir l'information sur les avantages liés à une souscription à une mutuelle pour les personnes sans couverture médicale.
- rassurer et fidéliser les adhérents aux mutuelles en mettant de l'avant le système de gratuité et d'assistance médicale qui constituent la principale innovation prévue avec la CMU ;
- séduire et motiver les souscripteurs potentiels par des actions de communication dont l'axe principal tournerait autour de la « prévoyance médicale ».

- Les documents de gestion des adhésions doivent prendre en compte les différentes notions relatives aux cotisations (perçues, acquises, arriérés, émises) afin de préparer les enregistrements comptables et de permettre un calcul fiable du résultat de l'exercice.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**CONCLUSION GENERALE**

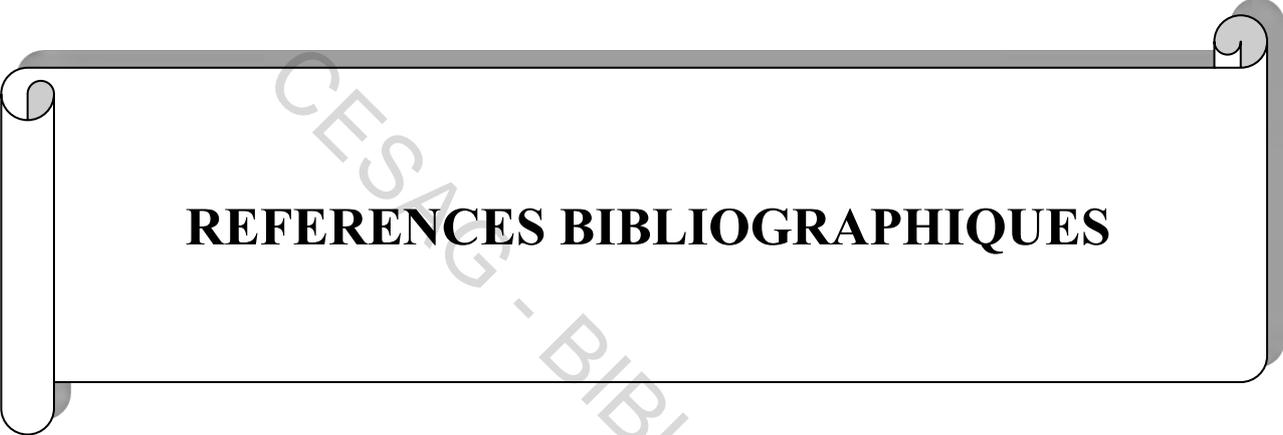
CESAG  
BIBLIOTHEQUE

La contribution actuelle et potentielle des mutuelles ne présente d'intérêt que si leur viabilité en tant qu'organisations est garantie. La relative jeunesse de la plupart d'entre elles constitue un obstacle à l'évaluation de leur viabilité. Néanmoins, il est possible, d'estimer celle-ci en examinant quelques indicateurs relatifs aux modalités de création et d'organisation des mutuelles, à leurs capacités administratives et de gestion et à leurs performances financières.

La contribution à la gouvernance des mutuelles en tant que représentantes de la communauté face aux autorités sanitaires peut influencer les décisions prises par ces dernières. Les mutuelles sont idéalement placées pour jouer ce rôle de représentation des usagers et contribuer de ce fait à la gouvernance démocratique dans le secteur de la santé.

Des problèmes majeurs demeurent en matière de marketing et de communication, l'utilisation de systèmes d'information sur la gestion, la détermination de l'opportunité et du coût des soins prodigués, les négociations contractuelles avec les prestataires, la comptabilité et la tenue des registres comptables, le contrôle, l'évaluation et le recouvrement des cotisations.

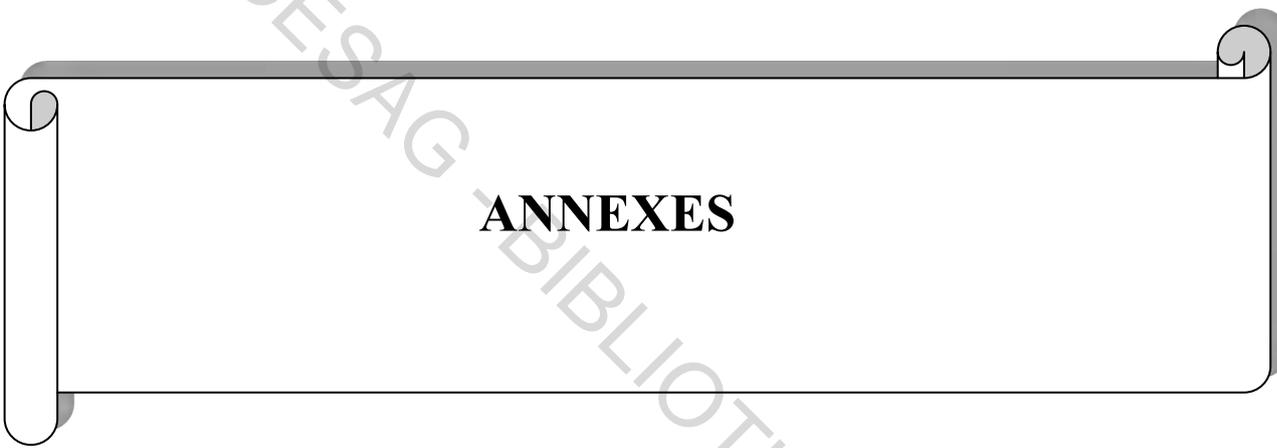
Le défi majeur est d'avoir un plateau technique adéquat, la non-rupture des médicaments, il est aussi important de penser à des financements alternatifs ou financements innovateurs de la couverture maladie universelle pour pérenniser les mutuelles et surtout à une loi permettant de sécuriser et de maintenir les acquis face à l'instabilité institutionnelle et politique du secteur.



**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. L'Assurance maladie, Pratique et organisation des soins, janvier-mars 2010, n° 1, vol. 14.
2. Rapport de Synthèse des études de faisabilité pour l'implantation / La Restructuration Des Mutuelles De Santé Dans Une Perspective De Leur Mise En Réseau Au Niveau Départemental. (USAID, OMS, MSAS).
3. La « bonne gouvernance », nouvelle éthique du développement ?  
L'expérience des pays d'Asie centrale et de Transcaucasie post-soviétiques,  
Extrait de Doris Bonnet (éd), L'éthique médicale dans les pays en développement Paris, Autrepart / IRD - Éditions de l'Aube, 2003. Autrepart (28), 2003, pp. 165-179.
4. UNION AFRICAINE DE LA MUTUALITE UAM, par Abdelmoula ABDELMOUMNI, PRESIDENT DE L'Union Africaine de la Mutualité, FIESS -18 OCTOBRE 2011 - QUEBEC
5. La Bonne Gouvernance: Une Mise Au Point, Fonds International De Développement Agricole Conseil D'administration - Soixante-Septieme Session Rome, 8-9 Septembre 1999
6. Décret n°2015 – 21 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (la CMU).
7. Guide de gestion des mutuelles : Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), 2003
8. Mémoire Soro Donakpoho serge Florentin : « Analyse comparative de la dynamique de développement des mutuelles sociales au Sénégal : cas des mutuelles au Sénégal WER AK WERLE ET TRANSVIE ».
9. « Contribution de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale - MGEN (France) et de la Mutualité Socialiste - MS (Belgique) » au livre vert sur « Le cadre de gouvernance d'entreprise dans l'UE » Juillet 2011
10. Guide pratique sur les mutuelles de santé en Afrique ANMC 1 BIT -ACOPAM 1 WSM
11. Pascal Ndiaye Juin 2006 « Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts ».
12. PHRMutuellessp11 : « 21 Questions sur le FCS : Les Mutuelles de Santé», septembre 2004
13. Plan national d'information et de communication sur la couverture maladie universelle au Sénégal.

14. Atelier de lancement de l'initiative de création de la mutuelle de santé des acteurs culturels dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle, King Fahd Palace (16 et 17 juin 2015)
15. Rapport du GEMA établi sous la direction de M. Gérard ANDRECK, directeur général de la MACIF - octobre 2004
16. « Gouvernance responsable et Mutualité :  
Quelle légitimité pour les mutuelles de santé ? » Yann REGNARD \* et André ROUSSEAU \*\*
17. Rapport national sur la gouvernance au Sénégal 2011 : Rapport du GEMA établi sous la direction de M. Gérard ANDRECK, directeur général de la MACIF - octobre 2004
18. Dr Mariama Ndiaye, « Evaluation de la viabilité des mutuelles de santé couplées à des institutions de microcrédit : cas de la mutuelle sociale des transporteurs(TRANSVIE) au Sénégal ».
19. Dictionnaire de gestion, troisième édition d'Elie Cohen.
20. Manuel de Formation en Gouvernance (leadership et Management pour le renforcement des systèmes de santé en Afrique volume 1 et 2).
21. « Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : synthèse de travaux de recherches menées dans neuf pays d'Afrique de l'ouest et du centre », Chris Atim, PhD.
22. Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique : le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Bureau international du Travail.



**ANNEXES**

CESAG BIBLIOTHEQUE

## Annexe 1 :

### 3.3.3 CONVENTION DE PRESTATIONS DE SOINS AVEC LE POSTE DE SANTE

#### ENTRE

Le Poste de Santé de Raffenel représenté par l'Infirmier Chef de poste  
Et

La Mutuelle de Santé du Cap Vert (MUSCAV) représentée par le président du conseil d'administration,

Sous la supervision du Médecin – chef de District et le Président de l'Union Départementale des mutuelles sociales de Dakar

Il a été passé cette convention de prestations de soins obéissant aux clauses et Conditions suivantes :

#### TITRE I : Engagements des parties

##### Article 1<sup>er</sup> : Engagements du Poste de Santé

Le Poste de Santé s'engage :

- A réserver un accueil chaleureux aux malades envoyés par la mutuelle sociale
- A identifier avant traitement les malades comme :
  - Etant bénéficiaires de la mutuelle sociale au moyen de la photo figurant au livret d'adhérent
  - A jour de la cotisation au moyen du tableau de suivi des cotisations figurant au livret et estampillée ;
  - Ayant déjà fini leur période d'observation de 01 ou 02 mois selon le cas
- A assurer la présence en permanence d'un personnel qualifié
- A assurer la disponibilité des médicaments génériques (IB)
- A dispenser des soins de qualité
- A afficher et respecter les tarifs des soins et des médicaments

##### Article 2 : Autres engagements

Le président du comité de santé implique dans le cadre de ses activités d'IEC et de prévention la mutuelle sociale.

Le Poste de Santé de Raffenel peut impliquer la mutuelle sociale dans les différentes activités communautaires organisées dans la zone de couverture de la mutuelle sociale.

##### Article 3 : Engagements de la mutuelle sociale

La mutuelle sociale s'engage:

- Déposer au niveau du poste de santé les modèles de livret d'adhérent et de spécimen du cachet indiquant que le livret est à jour des cotisations.
- Faire payer comptant les bénéficiaires patients la part qui leur est dévolue dans les prestations couvertes
- A participer aux activités de promotion et d'éducation à la santé en relation avec le poste de santé.
- A informer au moins 72 h à l'avance, le poste de santé de toute activité à organiser dans le domaine de la mutualité ;

##### Article 4 : Système de prise en charge (à discuter)

La mutuelle sociale doit mettre à la disposition des bureaux de facturation de l'Hôpital régional des outils de gestion (attestation de prise en charge).

#### Titre II : FACTURATION –REGLEMENT

Article 5 : le Poste de santé adresse à la mutuelle sociale la facture détaillée avec en annexes les attestations de soins relatives aux prestations du mois considéré, ceci au plus tard le 5 du mois suivant.

**Article 6 :** la mutuelle sociale doit, dans un délai de cinq jours à compter de la date de réception, procéder au règlement intégral de la facture.

**Article 7 :** pour le délai visé à l'article 6, la date de référence du décompte sera déterminée à partir de la remise de la facture du comité de santé au président, trésorier ou gérante de la mutuelle sociale.

**Article 8 :** En cas de difficulté de paiement portée avant échéance à la connaissance du comité de santé, il peut être accordé à la mutuelle sociale un différé de règlement de tout ou partie de la facture. Cette décision appartient exclusivement à l'Infirmier Chef de Poste .

### **TITRE III : SUSPENSION- RESILIATION - CONTENTIEUX**

**Article 9 :** Un cumul d'impayé de factures sur une période de deux mois entraîne automatiquement la suspension de la présente convention et par voie de conséquence l'arrêt des prestations de soins.

**Article 10 :** cette suspension peut être levée si la mutuelle sociale procède au règlement des arriérés de factures qui ont été à l'origine de la suspension.

**Article 11 :** la présente convention est résiliée aux conditions suivantes :

- En cas de non règlement de la facture au bout de six mois
- En cas de sur prescription avérée de la part du prestataire et de manquement dans la qualité des prestations
- L'une des parties en fait la demande par lettre dûment motivée, 3 mois à l'avance.

**Article 12 :** la présente convention qui prend effet pour compter de la date de signature est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

**Article 13 :** Rencontre d'évaluation

Cette convention peut faire l'objet d'une rencontre d'évaluation chaque fois que le besoin se fera sentir. La date, la période et le lieu de rencontre feront l'objet d'une entente préalable des deux parties.

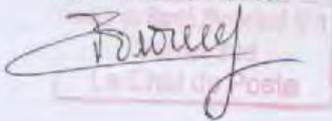
**Article 14 :** des avenants pourront modifier certaines dispositions de la présente convention.

**Article 15 :** les prestations de soins, le mode de répartition entre la mutuelle sociale et l'adhérent, font l'objet du document annexe joint à la présente convention qui est une partie intégrante du contrat.

**Article 16 :** tout contentieux entre les parties sera soumis à l'arbitrage Médecin Chef de District en relation avec l'union départementale des mutuelles sociales de Dakar

Fait à, Dakar le 27 FEV 2015 2015

L'Infirmier Chef de Poste

  
Le Chef de Poste

Le PCA de la Mutuelle de  
Santé du Cap Vert



## Annexe 3

### CONVENTION DE PRESTATIONS DE SOINS AVEC UN CENTRE DE SANTE

#### ENTRE

Le centre de Santé **PMI de Médina** représentée par son Médecin Chef

#### Et

La **Mutuelle de Santé du Cap Vert (MUSCAV)** représentée par le président du conseil d'administration.

Il a été passé cette convention de prestations de soins obéissant aux clauses et Conditions suivantes :

#### TITRE I : Engagements des parties

##### Article 1<sup>er</sup> : Engagements du centre de Santé

Le centre de Santé s'engage :

- A réserver un accueil chaleureux aux malades envoyés par la **Mutuelle de Santé du Cap Vert**
- A identifier avant traitement les malades comme étant bénéficiaires de la mutuelle sociale au moyen de la photo figurant au livret d'adhérent
- A prendre à charge tout adhérent de la mutuelle disposant d'une feuille de garantie et s'acquittant du ticket modérateur tel que prévu dans le règlement intérieur
- Prendre en charge en urgence tout adhérent, dont le livret de membre indique qu'il est en règle avec la mutuelle (avec possibilité de régularisation, le plus tôt possible)
- A assurer la présence d'un personnel qualifié durant les heures de travail
- A disposer, autant que possible, d'un stock de médicaments IB
- A dispenser des soins de qualité
- A afficher et respecter les tarifs des soins et des médicaments
- Faire payer comptant les bénéficiaires patients la part qui leur est dévolue dans les prestations couvertes

##### Article 2 : Engagements de la Mutuelle de Santé du Cap Vert (MUSCAV)

La mutuelle s'engage :

- A vérifier que l'adhérent est à jour de ses cotisations au moyen du tableau de suivi des cotisations figurant dans le livret et estampillée ;
- A vérifier que l'adhérent a déjà fini sa période d'observation
- A délivrer une lettre de garantie à l'adhérent désireux de se rendre l'Infirmier-Hôpital de la Gendarmerie Nationale
- A mettre à la disposition des prestataires de soins les outils de gestion nécessaires au décompte et à la facturation des actes délivrés (attestations de soins...)

##### Article 3 : Autres engagements

- Le centre de Santé peut impliquer la mutuelle sociale dans les différentes activités communautaires, d'IEC et de prévention organisées dans la zone de couverture de la mutuelle sociale.
- La mutuelle veillera à participer, autant que possible aux activités de promotion et d'éducation à la santé en relation avec Le centre de Santé.
- La mutuelle veillera à informer Le centre de Santé, au moins 72 h à l'avance, de toute activité qu'elle organise dans le domaine de la mutualité ;

#### Titre II : FACTURATION –REGLEMENT

**Article 4** : Le centre de Santé adresse à la mutuelle sociale la facture détaillée avec en annexes les attestations de soins relatives aux prestations du mois considéré, ceci au plus tard le 5 du mois suivant.

**Article 5** : la mutuelle sociale doit, dans un délai de cinq jours à compter de la date de réception, procéder au règlement intégral de la facture.

**Article 6** : pour le délai visé à l'article 5, la date de référence du décompte sera déterminée à partir de la remise de la facture au gérant de la mutuelle ou à ses agents.

**Article 7 :** En cas de difficulté de paiement portée avant échéance à la connaissance du Centre de Santé il peut être accordé à la mutuelle sociale un différé de règlement de tout ou partie de la facture. Cette décision appartient exclusivement au Centre de santé.

**TITRE III : SUSPENSION- RESILIATION - CONTENTIEUX**

**Article 8 :** Un cumul d'impayés de factures sur une période de deux mois entraîne automatiquement la suspension de la présente convention et par voie de conséquence l'arrêt des prestations de soins.

**Article 9 :** cette suspension peut être levée si la mutuelle sociale procède au règlement des arriérés de factures qui ont été à l'origine de la suspension.

**Article 10 :** la présente convention est résiliée aux conditions suivantes :

- En cas de non règlement de la facture au bout de six mois
- En cas de surprescription avérée de la part du prestataire et de manquement dans la qualité des prestations
- L'une des parties en fait la demande par lettre dûment motivée, 3 mois à l'avance.

**Article 11 :** la présente convention qui prend effet pour compter de la date de signature est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

**Article 12 :** Rencontre d'évaluation

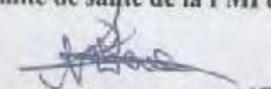
Cette convention peut faire l'objet d'une rencontre d'évaluation chaque fois que le besoin se fera sentir. La date, la période et le lieu de rencontre feront l'objet d'une entente préalable des deux parties.

**Article 13 :** des avenants pourront modifier certaines dispositions de la présente convention.

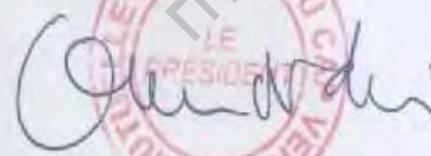
**Article 14 :** les prestations de soins, le mode de répartition entre la mutuelle sociale et l'adhérent, font l'objet du document annexe joint à la présente convention qui est une partie intégrante du contrat.

Fait à ..... le 2 JUIN 2015 ..... 2015

Le Comité de santé de la PMI de Médina

  
**COMITE DE SANTE  
PMI MEDINA  
Ndéye NDAO  
Présidente Comité**

Le PCA de la MUSCAV

  
**MUTUELLE DE SANTE DU CASVERT  
LE PRESIDENT**

Le médecin-chef

  
**LE MEDECIN CHEF**

## Annexe 4:

### CONVENTION DE PRESTATIONS DE SERVICES AVEC UNE PHARMACIE

Entre la **Mutuelle de Santé du Cap Vert (MUSCAV)**

Et la pharmacie **Mame Fatou Diop Yoro.**

Le 28. Janvier 2015 il est établi entre la **Mutuelle de Santé du Cap Vert (MUSCAV)** siégeant à la rue 17 x 22 Médina, représentée par son président du conseil d'administration Professeur Oumar NDIR d'une part,

Et la pharmacie **MAME FATOU DIOP YORO** représentée par Dr Mohamed Lamine DIAW établie à la rue 11 x 12 Médina ce qui suit :

#### Article 1 : Objet

La présente convention a pour objet de définir les relations de partenariat entre la pharmacie **MAME FATOU DIOP YORO** et la **Mutuelle de Santé du Cap Vert**

#### Article 2 : Les engagements

##### 2-1 La pharmacie s'engage à :

- Fournir des médicaments de spécialité conformément aux dispositions du code de la santé publique aux bénéficiaires de la **Mutuelle de Santé du Cap Vert (MUSCAV)** en règle et sur présentation d'un livret de famille,
- Présenter tous les mois, au plus tard le 10, les factures des différentes prestations fournies, portant : la date, le nom des malades et le tarif des médicaments prescrits.

##### 2-2 La mutuelle sociale s'engage à :

- Délivrer un livret de membre à présenter à la pharmacie, et la liste des bénéficiaires en règle,
- Honorer les factures présentées par la pharmacie au plus tard une semaine après leur transmission à la mutuelle. Le paiement se fait en espèce ou par chèque bancaire ou par tout autre moyen de paiement reconnu.
- La mutuelle sociale s'engage à payer 50% du tarif des ordonnances de spécialité prescrites par toute structure de santé agréée,

NB : Ne donnent pas lieux de prise en charge :

- Les médicaments pour soins de beauté et les médicaments des maladies chroniques comme l'hypertension artérielle, le diabète, etc.
- La suspension du service sera effective à l'expiration du délai de paiement.

#### Article 3 : Durée

La présente convention porte sur une durée de un(01) an renouvelable.

#### Article 4 : Arbitrage

Tout différent entre les deux parties sera réglé à l'amiable sous la supervision du Médecin Chef de Région et du Président de l'Union Régionale de Dakar en cas de désaccord et d'impossibilité de trouver une solution à l'amiable, le différend est porté au niveau du Tribunal compétent.

#### Article 5 : Résiliation

Le contrat peut prendre fin à tout moment, à condition que la partie qui en a l'initiative en informe l'autre partie au moins trois (03) mois à l'avance et par écrit.

#### Article 6 : Révision

Cette convention peut faire l'objet d'une révision chaque fois que de besoin.

#### Article 7 : Date d'effet

La présente convention signée par les deux parties, prend effet à partir de la date de l'enregistrement.

Pour la **MUSCAV**

Le PCA Professeur Oumar NDIR

Pour la Pharmacie Mame Fatou Diop Yoro  
Dr Mohamed Lamine DIAW



"Lu et Approuvé"  
MAME FATOU DIOP YORO  
Pharmacienne  
N° 10 000 0100  
RUE 11 X 12 MEDINA  
TEL: 33 30 30 30 30

Annexe 5 :

Ma prière de mutualiste

Je formule le vœu

De cotiser régulièrement ; la cotisation étant la sève de la mutuelle.

De n'avoir jamais besoin de solliciter la couverture de ma mutuelle ni pour les membres de ma famille.

De participer par ma contribution au financement de la santé des autres mutualistes qui en ont besoin.

Le Doyen Assane GUEYE  
Thiès

**MUTUELLE DE SANTE  
DU CAP VERT  
(MUSCAV)**

Siège Social : Penc Santiaba, Rue 17 x 22  
Médina DAKAR (Sénégal)



**LIVRET DE MEMBRE**

N° 127/209/127

Prénom et Nom de l'Adhérent (e) .....  
*Hahtar Samba*

Années	Janvier	Févier	Mars	Avril	Mai	Juin
2015	<del>MUSCAV PAYE</del>	<del>MUSCAV PAYE</del>	<del>MUSCAV PAYE</del>	<del>MUSCAV PAYE</del>	<del>MUSCAV PAYE</del>	97
2016	MUSCAV PAYE	MUSCAV PAYE	MUSCAV PAYE	MUSCAV PAYE		

**ADHERENT**



N° Code: 127/209/127

Code Informatique: .....

Prénom: *Hahtar Samba*

Nom: *SAMBE*

Date de naissance: *20 Août 1962*

Lieu de naissance: *SEBIKOTANE*

Sexe: *Masculin*

Adresse: *50, Avenue Lamino Guéye*

Tél: *77 630 69 94 / 70 339 37 41*

Date d'adhésion: *27/09/2014*

Date de première cotisation: *21/07/2015*

Annexe 6 :



**MUTUELLE DE SANTE  
DU CAP VERT  
(MUSCAV)**

Siège Social : Penc Santiaba,  
Rue 17 x 22 Médina Dakar (Sénégal)

N° Adhérent : 127

### FICHE D'ADHESION



**ADHERENT**

Nom - Prénoms : Mahtar Samba (Kane Tindior)

Date de Naissance : 20 Août 1962 à Sébikotane

Adresse : 50, Avenue Lamine Guèye

Téléphone / Email : 77 630 69 94 / 70 339 37 41

Profession : .....

Date d'entrée : 27 Septembre 2014      Droit d'adhésion payé : 2000 FCFA

Code bénéficiaire : 127 / 209 / 127      Carnet délivré le 21 Août 2015

Période d'observation du 21/05/2015      au 21/08/2015

**PERSONNES A CHARGE**

Date d'entrée	Code Bénéficiaire	Nom et Prénoms	Date de Naissance	Lien de Parenté	Date de Sortie	Observations
<u>27/09/2014</u>	<u>127/209/127</u>	<u>Mahtar Samba</u>	<u>20/08/1962</u>			
	<u>127/509/210</u>	<u>Mamadou Passaye Samba</u>				

Annexe 7 :

<p><b>MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT (MUSCAV)</b> Siège Social : Penco Santiaba, Rue 17 x 22 Médina Dakar (Sénégal)</p>	<p><b>MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT (MUSCAV)</b> Siège Social : Penco Santiaba, Rue 17 x 22 Médina Dakar (Sénégal)</p>	<p><b>MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT (MUSCAV)</b> Siège Social : Penco Santiaba, Rue 17 x 22 Médina Dakar (Sénégal)</p>
<p>Attestation de Soins N° <u>332</u></p>	<p><b>LETTRE DE GARANTIE</b></p> <p>Attestation de Soins N° .....</p>	<p><b>LETTRE DE GARANTIE</b></p> <p>Attestation de Soins N° .....</p> <p>Prestataire de soins .....</p> <p>Prénom et nom de l'adhérent .....</p>
<p><b>SOUCHE</b></p>	<p><b>Volet I - GARANTIE</b></p>	<p><b>Volet II - ATTESTATION DE SOINS</b></p>
<p>Nom et nom de l'Adhérent .....</p> <p>Prénom .....</p> <p>Date de Naissance .....</p>	<p>A ..... Conformément à la convention signée entre votre structure et la mutuelle de santé, je vous prie de prendre en charge le bénéficiaire identifié ci-dessous et de nous envoyer la facture accompagnée du volet attestation de soins.</p> <p><b>MUTUELLE DE SANTE DU CAP - VERT</b> <i>Le Trésorier</i></p>	<p>Nom du Bénéficiaire .....</p> <p>Code bénéficiaire .....</p> <p>Patient référé à l'hôpital Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Prestations fournies .....</p> <p>Coût total des prestations .....</p> <p>Montant payé / Bénéficiaire .....</p> <p>Montant à payer / la Mutuelle .....</p> <p>Date : .....</p> <p>Signature <i>GA</i></p>

## Annexes 8:

30.03.2015 \* 04897

REPUBLIQUE DU SENEGAL  
Un Peuple – Un But – Une Foi

N° \_\_\_\_\_ MSAS/CAB/CACMU

MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

Dakar, le

**Analyse :** Arrêté portant agrément de la mutuelle de santé dénommée « Mutuelle de Santé du Cap-Vert (MUSCAV)»

### LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE,

Vu la Constitution ;  
Vu la loi n° 2003-14 du 04 juin 2003 relative aux mutuelles de santé ;  
Vu le décret n° 2004-1404 du 04 novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention médicale ;  
Vu le décret n° 2009-423 du 27 avril 2009 portant application de la loi n° 2003-14 du 04 juin 2003 relative aux mutuelles de santé ;  
Vu le décret n° 2014-845 du 06 juillet 2014 portant nomination du Premier Ministre ;  
Vu le décret n° 2014-849 du 06 juillet 2014 portant composition du Gouvernement ;  
Vu le décret n° 2014-853 du 09 juillet 2014 portant répartition des services de l'Etat et du contrôle des Etablissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les Ministères ;  
Vu le décret n° 2014-867 du 22 juillet 2014 relatif aux attributions du Ministre de la Santé et de l'Action sociale,

### ARRETE

**Article premier :** la mutuelle de santé dénommée « Mutuelle de Santé du Cap-Vert (MUSCAV)», ayant son siège social à Penc Santhiaba, rue 17 x 22 Médina dans la région de Dakar, est agréée à titre de mutuelle de santé sous le numéro **01-01-19**.

**Article 2 :** le Coordonnateur de la Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle (CACMU) est chargé de l'exécution du présent arrêté.

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE



The image shows a circular official stamp of the Ministry of Health and Social Action of Senegal. The text inside the stamp reads "Republique du Sénégal" at the top, "Le Ministre" in the center, and "Ministère de la Santé et de l'Action Sociale" around the bottom edge. A handwritten signature is written over the stamp. Below the stamp is a rectangular stamp with the name "Awa Marie Coll SECK" in red ink.

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE L'ACTION SOCIALE

Le décret portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (la CMU).

### Rapport de présentation

En 2005, la 58<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité une résolution demandant aux pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de développer des systèmes de financement de la santé pour garantir à leur population un accès équitable à des services de santé de qualité. Dans cette perspective, le 06 décembre 2012, la 67<sup>ème</sup> session de l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution sur la Couverture Sanitaire Universelle. Cette résolution appelle chaque Etat membre de l'ONU à éviter de recourir au paiement direct des soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus équitables et solidaires.

Au niveau régional, avec la volonté de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) de promouvoir la réglementation de la mutualité sociale dans les pays membres, le Conseil des ministres de l'UEMOA a adopté le 26 juin 2009 le Règlement n°07/2009/CM/UEMOA. Ce texte a pour but de mettre en place une réglementation uniforme, transparente et efficace permettant d'assurer une saine promotion des mutuelles sociales, fondée essentiellement sur les cotisations des membres dans le but d'une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité au profit des membres et de leurs ayants droit.

Le Gouvernement du Sénégal s'est inscrit dans cette dynamique internationale en cours. C'est ainsi que le Président de la République a lancé en septembre 2013, le programme national de Couverture Maladie Universelle, une des priorités de son agenda politique et a assigné au Ministère de la Santé et de l'Action sociale chargé de sa mise en œuvre, un objectif intermédiaire de couverture de 75%, à l'horizon 2017.

Pour l'atteinte de cet objectif avec à terme, la couverture universelle de la population, le Ministère chargé de la santé a adopté une stratégie, centrée essentiellement, d'une part, sur le développement d'initiatives de gratuité des soins de santé en faveur des groupes vulnérables (enfants, personnes âgées, handicapés...) et, d'autre part, sur la promotion des mutuelles de santé communautaires, meilleur levier d'extension de la couverture du risque maladie aux secteurs rural et informel.

Malgré les résultats encourageants déjà enregistrés, il reste cependant encore à faire pour atteindre les objectifs fixés, qui requièrent, compte tenu du faible niveau initial de couverture et des écarts à combler, la mobilisation de moyens supplémentaires et, surtout, un redimensionnement adéquat du service public de la couverture maladie universelle. Conformément au décret de répartition des services de l'Etat, du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les Ministères, il a été mis en place la Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle (CACMU), un service rattaché au Cabinet du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, chargé de développer le programme de la CMU. Mais, la CACMU a fini par atteindre les limites consubstantielles à sa nature institutionnelle.

C'est pourquoi, certaines initiatives de gratuité, notamment, le Plan Sésame et la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans notamment, se heurtent à des contraintes de gestion qui rendent leur mise en œuvre complexe. En effet, elles sont actuellement cogérées par la CACMU et d'autres directions techniques chargées de la gestion de l'offre de soins, avec comme inconvénient majeur une dispersion des interventions, mais également l'existence de plusieurs interlocuteurs dans la gestion financière et technique de ces politiques de gratuité et une confusion dans la perception des usagers.

Pour mettre fin à cette situation, il a paru nécessaire de faire évoluer le dispositif organisationnel de gestion du programme de Couverture Maladie Universelle et de créer à côté des services et structures du Ministère de la santé, producteurs de soins, une agence d'exécution, dénommée Agence de la Couverture Maladie Universelle, chargée de la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la Couverture Maladie Universelle.

La CMU, acheteur de soins de santé et responsable de l'exécution du programme de Couverture Maladie Universelle, constitue un puissant outil institutionnel permettant aux pouvoirs publics, de mettre en place un système efficace de financement de la santé.

Telle est l'économie du présent projet de décret.

**Le Ministre de la Santé et de l'Action sociale**



**Awa Marie Coli SECK**

- les rapports annuels d'activités du Directeur général ;
- les états financiers de l'agent comptable, au plus tard dans les six (06) mois suivant la clôture de l'exercice, sur la base du rapport du commissaire aux comptes ou de l'auditeur externe des comptes ;
- l'organigramme de l'agence ;
- la grille des rémunérations, l'attribution de prime, de gratification ou l'accord collectif d'établissement du personnel de l'agence ;
- le rapport sur la performance de l'agence dans les six mois suivant la clôture de l'exercice ;
- le règlement intérieur de l'agence.

**Article 10.-** Le Conseil de surveillance comprend les membres suivants :

- un représentant de la Présidence de la République ;
- un représentant de la Primature ;
- un représentant du ministère chargé de la santé ;
- un représentant du ministère chargé des finances ;
- un représentant du ministère chargé du travail ;
- un représentant du ministère chargé de la gouvernance locale ;
- un représentant de la Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale ;
- un représentant des Institutions de prévoyance sociale ;
- un représentant des organisations mutualistes ;

Le Président du Conseil de surveillance est nommé par décret parmi les membres. Le Contrôleur financier ou son représentant assiste, avec voix consultative, aux réunions du Conseil de surveillance.

Il est désigné un suppléant pour chaque membre.

**Article 11.-** Les membres titulaires du Conseil de surveillance et leurs suppléants sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition des structures qu'ils représentent. La durée de leur mandat est de trois (03) ans renouvelable une fois.

Leur mandat prend fin dans les situations suivantes:

- à l'expiration normale de sa durée;
- par décès ou par démission;
- à la suite de la perte de la qualité qui avait motivé la nomination ;
- par révocation suite à une faute grave ou à des agissements incompatibles avec la fonction de membre du Conseil de surveillance ;
- lorsque le membre s'est abstenu de se rendre à trois séances consécutives du Conseil de surveillance, sauf cas de force majeure.

En cas de décès en cours de mandat ou dans toutes les hypothèses où un membre du Conseil de surveillance n'est plus en mesure d'exercer son mandat, il est immédiatement pourvu à son remplacement par le chef de l'administration ou de l'organe qu'il représente, pour la période du mandat restant à courir.

**Article 12.** - Les membres du Conseil de surveillance perçoivent, à l'occasion des réunions du Conseil de surveillance, une indemnité de session fixée par décret conformément au classement de l'agence.

**Article 13.**- Le Conseil de surveillance se réunit en séance ordinaire, au moins une fois par trimestre, sur convocation de son Président.

Il peut se réunir en séance extraordinaire sur simple convocation du Président ou à la demande d'un tiers, au moins, des membres.

En cas d'absence du Président, le membre le plus âgé assure la présidence.

En cas de refus ou de silence du Président dûment constaté, ou lorsque les circonstances l'exigent, le ministre chargé de la santé peut procéder à la convocation du Conseil de surveillance, en séance extraordinaire.

La convocation est de droit si elle est demandée par le ministre chargé de la santé.

La convocation, l'ordre du jour et les dossiers correspondants sont adressés à chaque membre au moins quinze (15) jours francs avant la réunion.

Les sessions ordinaires et extraordinaires du Conseil de surveillance ont lieu au siège de l'Agence ou en tout lieu indiqué par le Président sur la convocation.

**Article 14.**- Le Conseil de surveillance ne peut délibérer valablement sur toute question inscrite à son ordre du jour que si les deux tiers au moins de ses membres ou de leurs suppléants sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix des membres présents. En cas d'égalité de voix, celle du président de séance est prépondérante.

Si le quorum nécessaire pour délibérer n'est pas atteint lors de la première convocation, il est ramené à la majorité simple pour les convocations suivantes.

Le Président du Conseil de surveillance peut inviter toute personne physique ou morale à prendre part, avec voix consultative, aux travaux du Conseil en raison de sa compétence sur les questions à examiner.

Le secrétariat du Conseil de surveillance est assuré par le Directeur général de la CMU.

**Article 15.**- Les délibérations du Conseil de surveillance font l'objet d'un procès-verbal signé par le Président et le secrétaire de séance. Ce procès-verbal mentionne, en outre, les noms des membres ou leurs suppléants présents à la réunion, ainsi que ceux des personnes invitées à titre consultatif.

Les délibérations sont consignées dans un registre spécial coté et paraphé par le Président et un membre du Conseil de surveillance.

Les extraits des délibérations sont transmis aux autorités de tutelle dans les cinq (05) jours francs suivant la réunion du Conseil.

## **Chapitre II. - Direction générale**

**Article 16.-** La CMU est dirigée par un Directeur général nommé par décret, sur proposition du ministre chargé de la santé parmi les fonctionnaires ou agents de l'Etat de la hiérarchie « A » ou assimilés.

**Article 17.-** Le Directeur général est investi du pouvoir de décision nécessaire à la bonne marche de la CMU et veille à l'exécution des décisions prises par le Conseil de surveillance ou les autorités de tutelle.

A ce titre, il est notamment chargé:

- de représenter l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- d'élaborer les programmes d'actions pluriannuels et les plans d'actions annuels ;
- de participer à la recherche des financements de toutes natures, nécessaires à la réalisation des missions de la CMU ;
- de préparer le budget et de l'exécuter en qualité d'ordonnateur ;
- d'assurer la réalisation des procédures de passation de marchés de l'agence et de conclure tous les marchés, contrats ou conventions, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur ;
- de soumettre au Conseil de surveillance, au plus tard le 31 mars, l'état d'exécution du budget précédent, le rapport d'activités annuel et le rapport social ;
- de soumettre au Conseil de surveillance pour examen et adoption dans les cinq (05) mois suivant la fin de la gestion, les états financiers arrêtés par l'agent comptable ;
- de proposer l'organigramme de l'agence et de le soumettre pour adoption au Conseil de surveillance ;
- de transmettre les rapports trimestriels relatifs à l'exécution du budget et à la trésorerie de l'agence dans les quinze jours (15) suivants l'échéance, aux autorités chargées de la tutelle technique et de la tutelle financière ;
- de recruter et d'administrer les membres du personnel suivant les dispositions du manuel de procédures et d'exercer sur eux l'autorité hiérarchique.

**Article 18.-** Le Directeur général de la CMU est assisté d'un Secrétaire général nommé par décret sur proposition du ministre chargé de la santé parmi les fonctionnaires ou agents de l'Etat de la hiérarchie « A » ou assimilés.

Le Secrétaire général est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur général qu'il supplée en cas d'absence ou d'empêchement.

Il est chargé notamment :

- de la coordination des activités des différentes directions et services dont il s'assure du bon fonctionnement;

- de l'information du Directeur général sur l'état de l'agence et particulièrement sur la gestion des crédits de l'agence ;
- du contrôle des actes soumis à la signature du Directeur général ;
- de la gestion du courrier et des archives de l'agence.

En cas de changement de Directeur général, le Secrétaire général assure la continuité de l'action administrative au sein de l'agence. Il informe le nouveau Directeur général des actions menées par son prédécesseur qu'elles soient en cours ou terminées.

**Article 19.** - La rémunération et les avantages accordés au Directeur général sont fixés par décret conformément au classement de l'agence.

Le ministre chargé des finances fixe, par arrêté, les niveaux maxima de rémunération autorisés, suivant la qualification des personnels et le classement de l'agence.

Les attributions de prime ou de gratification sont liées à la réalisation de performance prédéfinies. En tout état de cause, le total des primes et gratifications versées ne peut être supérieur à 20% des salaires bruts.

#### **TITRE IV. – BUDGET, COMPTABILITE ET CONTROLE DE (la CMU)**

**Article 20.** - Les ressources de la CMU comprennent notamment :

- la dotation budgétaire annuelle allouée par l'Etat ;
- les contributions des partenaires techniques et financiers ;
- des dons, des subventions et legs ;
- toutes les autres ressources autorisées par les lois et règlements.

**Article 21.**- Les charges de la CMU comprennent :

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'investissement.

**Article 22.**- Les règles de passation de contrats conclus par l'agence doivent être conformes au code des marchés publics en vigueur.

**Article 23.**- La comptabilité de l'Agence est tenue conformément au Système Comptable Ouest Africain (SYSCOA).

**Article 24.**- Les opérations financières et comptables de l'agence sont assurées par un agent comptable nommé par arrêté du Ministre chargé des finances sur proposition du Directeur général chargé de la Comptabilité publique et du Trésor et placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur général de l'agence.

Il doit, à ce titre, respecter les règles d'organisation et de fonctionnement interne de l'agence.

comptes de trésorerie.

**Article 25.-** Le commissaire aux comptes est choisi par le Conseil de surveillance. Il a pour mandat de réviser les comptes, d'en vérifier les valeurs afin de certifier la régularité et la sincérité des états financiers ainsi que les informations financières contenues dans les rapports du Directeur général.

Les honoraires du commissaire aux comptes sont fixés par le Conseil de surveillance.

Sur convocation du Président du Conseil de surveillance, le commissaire aux comptes présente son rapport au cours de la session du conseil consacrée à l'arrêté et à l'approbation des comptes annuels de l'agence.

**Article 26.-** La CMU est soumise au contrôle de l'Inspection interne du ministère de la santé, de l'Inspection générale des Finances, de l'Inspection générale d'Etat, de la Cour des comptes dans les conditions fixées par les lois et règlements en vigueur.

**Article 27.-** La CMU est soumise à un contrat de performance pour une durée de trois (03 ans) dans les conditions définies par le décret n° 2010 - 1812 du 31 décembre 2010 relatif au contrat de performance applicable aux agences.

Le Conseil de surveillance choisit un cabinet indépendant chargé de l'évaluation annuelle de l'exécution du contrat de performance.

Il délibère sur le rapport de performance élaboré par le Cabinet indépendant choisi, au plus tard dans les six mois qui suivent la clôture de l'exercice. A la fin de la troisième année du contrat de performance, le Conseil de surveillance choisit un cabinet indépendant chargé de réaliser l'évaluation finale.

## **TITRE V.- STATUT DES PERSONNELS DE LA CMU**

**Article 28.-** Les personnels de La CMU relèvent du Code du travail.

Les agents de l'Etat, en détachement ou en suspension d'engagement, relèvent de leur statut ou de leur régime spécial d'origine. Toutefois, les agents de l'Etat sont également soumis aux règles régissant l'emploi occupé au sein de la CMU, sous réserve des dispositions relatives à la fin de détachement, à la fin de suspension d'engagement ou à la retraite, prévues, selon le cas, par le statut général des fonctionnaires, le régime spécial applicable aux agents non fonctionnaires de l'Etat ou le code des pensions civiles et militaires de retraite.

**Article 29.-** Les membres du Conseil de surveillance, le Directeur général et le personnel de l'agence sont tenus au respect du secret professionnel pour les informations, faits, actes et renseignements, dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

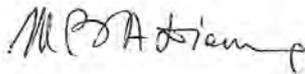
Tout manquement aux obligations citées ci-après, constitue une faute lourde pouvant entraîner la révocation immédiate du membre du Conseil de surveillance ou le licenciement de l'agent en cause sans préjudice de poursuites judiciaires à son encontre.

#### **TITRE VI. - EXECUTION**

**Article 30.-** Le Ministre de la Santé et de l'Action sociale et le Ministre de l'Economic, des Finances et du Plan sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel.

Fait à Dakar, le 07 janvier 2015

Par le Président de la République  
Le Premier Ministre



**Mahammed Boun Abdallah DIONNE**



**Macky SALL**

## Annexe 9 :

### REGLEMENT INTERIEUR DE LA MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT

#### CHAPITRE I : PREAMBULE

##### **Article 1 : OBJET DU REGLEMENT**

Le présent règlement a pour objet de préciser les modalités **d'application de certaines** dispositions des statuts de la Mutuelle de Santé du Cap Vert (MUSCAV) conformément à la loi n° 2003 - 14 du 04 juin 2003 et aux textes en vigueur portant réglementation des mutuelles de santé. Les adhérents, les dirigeants, le personnel et les prestataires sont **tenus de s'y conformer au même titre que les statuts.**

**Article 2** : Le siège est sis au Penc Santhiaba, rue 17 x 22 Médina. Toutefois, lorsque la **décision de transfert n'a d'autres caractères ou significations qu'un simple changement** de lieu, que les circonstances rendent urgent et nécessaire, le CA peut la prendre à titre provisoire en attendant la prochaine Assemblée Générale.

#### CHAPITRE II : MEMBRES

##### Article 3 : ADHESION DES MEMBRES

Pour être admis comme membre de la **Mutuelle de Santé du Cap Vert** par le Conseil d'Administration ou la personne habilitée à cette fin, il faut avoir formulé la demande, remplir la fiche d'adhésion qui engage le membre à **s'acquitter des droits d'adhésion dont le montant est fixé à 2 000 FCFA (Deux mille francs CFA)** et à cotiser régulièrement pour toute sa famille.

Le membre adhérent se doit de fournir :

- les informations complètes sur les bénéficiaires,
- **les photos d'identification des personnes,**
- **la fiche d'adhésion signée,**

Un membre qui adhère ne peut prendre en charge au plus que 9 membres de sa famille par carnet. Les personnes à prendre en charge excepté le conjoint doivent être âgées de 21 ans au plus.

Une personne prise en charge atteinte par cette limite d'âge doit souscrire à une adhésion personnelle.

L'adhérent et ses personnes à charge constituent des bénéficiaires.

Le droit d'adhésion payé en un seul versement au moment de l'admission du membre n'est pas remboursable en cas de démission, de décès ou d'exclusion de ce dernier.

La qualité de membre est constatée par l'inscription au registre des membres et la délivrance d'un carnet de membre.

#### Article 4 : COTISATION DES MEMBRES

La cotisation mensuelle est de 500 FCFA (Cinq cent Francs CFA) pour une personne.

Le membre adhérent cotise également pour ses personnes à charge. Le montant de sa cotisation sera constitué par le total de la cotisation pour toute la famille multiplié par le nombre de mois convenus à l'avance.

Tout bénéficiaire est couvert sur une période pour laquelle la cotisation est versée à l'avance. Les sommes versées pour la cotisation ne sont pas remboursables en cas de démission, de décès ou d'exclusion.

Les montants des droits d'adhésion et des cotisations peuvent être modifiés par décision de l'assemblée générale.

#### Article 5 : ACCES DES BENEFICIAIRES AUX PRESTATIONS

Les bénéficiaires peuvent accéder aux prestations couvertes par la **Mutuelle de Santé du Cap Vert** selon les conditions suivantes :

Avoir terminé la période d'observation de 3 mois;

- Être à jour de sa cotisation,
- Disposer de son livret de membre à jour (photo d'identité, cachet de validation),

**Article 6 :** Les bénéficiaires doivent se rendre auprès des structures sanitaires conventionnées par la Mutuelle de Santé du Cap Vert pour prétendre à une prise en charge. Pour se faire, la Mutuelle de Santé du Cap Vert signe des conventions avec des formations sanitaires et des pharmacies établies dans les zones de couverture.

**Article 7 :** La Mutuelle de Santé du Cap Vert couvre les prestations aux niveaux et taux de prestations définis en annexes.

**Article 8 :** Toutes les modalités d'adhésion à la Mutuelle de Santé du Cap Vert et d'accès aux prestations seront largement diffusées à travers :

- l'accueil et l'information au siège de la mutuelle ;
- l'affichage au siège ;
- l'affichage auprès des prestataires conventionnés ;
- le livret de membre ;
- autres...

### CHAPITRE III : FONCTIONNEMENT DES ORGANES

Les organes qui composent la **Mutuelle de Santé du Cap Vert** sont :

- 1) l'Assemblée Générale
- 2) le Conseil d'Administration
- 3) le Bureau Exécutif
- 4) la Commission de Contrôle

#### Article 9 : L'assemblée générale (A.G)

L'AG est composée de tous les membres adhérents.

L'AG est l'instance suprême. Elle se réunit une fois par an en session ordinaire. Des sessions extraordinaires sont convoquées chaque fois que le besoin est exprimé sur proposition du conseil d'administration, de la commission de contrôle ou à la demande du 2/3 des membres de l'AG.

Les convocations indiquent l'ordre du jour, la date et le lieu où se déroulera l'A.G et doivent parvenir aux destinataires deux semaines avant la date prévue

Toute décision prise lors de l'AG et qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière est nulle.

Un procès – verbal est établi après chaque A.G, une feuille de présence dûment remplie et signée par les membres et portant leur nom est joint au PV.

#### Article 10 : Le Conseil d'Administration (CA)

Le C.A de la Mutuelle de Santé du Cap Vert se réunit sur convocation du président

Il assure la gestion de la mutuelle et la mise en œuvre de ses programmes et de ses budgets. Ses activités sont consignées dans un rapport présenté à l'A.G. Il peut déléguer sous sa responsabilité et son contrôle une partie de ses pouvoirs. Les fonctions de membres du C.A ne sont pas rémunérées. Cependant certains frais liés à l'exercice de leur fonction peuvent être pris en charge.

## **Article 11 : Le Bureau Exécutif**

Le BE est élu parmi les membres du CA et est composé au moins de :

- ✓ un président
- ✓ un vice-président
- ✓ un secrétaire général
- ✓ un trésorier

Le Président du BE est chargé de :

- présider les réunions du CA, du BE et les AG ;
- veiller à la régularité du fonctionnement de la MUSCAV ;
- ordonner les dépenses ;
- représenter la mutuelle de santé en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Le Président peut, avec l'autorisation du CA, confier à des salariés l'exécution de ses tâches ou déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés sous sa responsabilité et son autorité.

Le Vice-président supplée le Président en cas d'absence ou d'empêchement.

Le Secrétaire Général est chargé du secrétariat des séances de l'AG, du CA et du BE. Il est responsable des convocations, de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives, de la tenue du fichier des adhérents, ainsi que de la transmission du rapport d'activités et du rapport financier adoptés par l'AG.

Le Trésorier est chargé de :

- effectuer les opérations financières de la MUSCAV et de tenir la comptabilité ;
- engager les dépenses ordonnées par le Président et d'encaisser les sommes dues à la Mutuelle de santé
- présenter à l'AG un rapport annuel sur la situation financière de la MUSCAV.

Article 12 : La Commission de contrôle (CC)

**La commission de contrôle est chargée du contrôle de toutes les activités de la Mutuelle de Santé du Cap Vert.**

**Elle rend compte à l'AG. Elle est chargée de :**

- garantir que les actes de la mutuelle sont conformes aux textes réglementaires,
- vérifier la fiabilité de la comptabilité et la régularité des opérations financières ;
- vérifier les données de suivi établies par le CA ou le gestionnaire;

Dans l'exercice de ses fonctions, il peut faire appel à d'autres compétences internes ou externes. Si cela s'avère nécessaire, le C.S peut convoquer une A.G extraordinaire.

Les fonctions de membres du C.S ne sont pas rémunérées.

### **Article 13: PRESENTATION DES RAPPORTS A L'ASSEMBLEE GENERALE**

Le conseil d'administration et la commission de contrôle doivent rendre compte et présenter leurs rapports d'activité de la Mutuelle de Santé du Cap Vert lors de l'assemblée générale annuelle.

Le gestionnaire prépare le rapport technique de l'exercice et le budget prévisionnel. Il lui incombe également de faire la situation mensuelle de la mutuelle. Les rapports sont adoptés après discussion à la majorité absolue.

Article 14 : MODALITES DE VOTE

### **Les élections se déroulent sous le contrôle du président du CA de la Mutuelle de Santé du Cap Vert. Sauf lorsqu'il est lui-même candidat à un poste à pourvoir.**

Lorsque le président se trouve dans l'incapacité d'assumer la présidence, le vice-président le remplace. Lorsque ce dernier se trouve dans l'incapacité de remplir cette tâche, l'assemblée générale élit parmi les membres qui disposent du droit de vote, un président d'élection.

**Article 15** : Avant les élections, le président d'élection communique les noms des dirigeants sortants. Il procède pour le vote des membres du conseil d'administration et de la commission de contrôle, à la réception des propositions de candidature présentées par des membres ayant droit de vote. A le droit de vote tout membre adhérent à jour de ses cotisations.

**Article 16** : Une fois l'enregistrement des candidatures achevé, pour l'un des organes dirigeant, le président d'élection proclame élus les candidats figurant sur la liste, si leur nombre n'excède pas le nombre de postes à pourvoir. Dans ce cas, s'il reste des postes à pourvoir, alors on peut faire recours à la cooptation au sein de l'assemblée.

Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de postes à pourvoir, l'élection se fait au scrutin secret, après la réception des propositions de candidature.

Ainsi, si plusieurs scrutins sont nécessaires, ils peuvent avoir lieu simultanément.

Avant le vote, l'assemblée choisit au moins deux scrutateurs parmi les personnes ayant droit de vote et qui ne sont pas candidates.

**Article 17** : Pour l'élection des organes (CA et CC), le vote s'effectue par bulletin secret sur la base d'une personne une voix. Les électeurs doivent voter pour autant de candidats qu'il y a de postes à pourvoir.

Les scrutateurs peuvent être choisis parmi les personnes présentes non membres de la mutuelle.

### **Article 18 : DECOMPTE DES VOIX**

Le secrétaire d'élection, assisté des scrutateurs, procède au décompte des voix recueillies par chacun des candidats.

Le résultat du scrutin est communiqué au président d'élection. En cas d'égalité des voix entre les candidats, un nouveau tour de scrutin est organisé.

### **Article 19 : COMMUNICATION DES RESULTATS**

Pour chaque organe dirigeant, le président d'élection donne les noms des candidats qui ont obtenu le plus grand nombre de voix, jusqu'à concurrence du nombre de postes à pourvoir. Le détail du scrutin est communiqué, séance tenante.

Lorsque les résultats du scrutin sont communiqués, un candidat ou la majorité (50% + 1) des membres présents ayant droit de vote peuvent exiger un second dépouillement des voix qui sera définitif.

### **Article 20 : PROCLAMATION DES RESULTATS DEFINITIFS**

Le président d'élection proclame les résultats définitifs du scrutin. Ces résultats sont consignés au procès-verbal. Ce procès-verbal mentionne aussi les noms des candidats non élus et qui figurent sur la liste d'attente en vue de suppléer d'éventuels retraits avant la prochaine Assemblée Générale.

### **Article 21 : ORGANISATION INTERNE DES ORGANES**

Le CA élit en son sein un bureau, tandis que la CC désigne son coordonnateur.

**Article 22** : Le CA de la **Mutuelle de Santé du Cap Vert** peut nommer un bureau exécutif. Ce dernier peut déléguer une partie de ses prérogatives de gestion à un gestionnaire (personnel recruté).

### **Article 23 : Bureau exécutif**

Il est constitué au sein du CA un bureau exécutif (BE) comprenant un président, un vice-président, un trésorier général, un trésorier adjoint, un secrétaire et un secrétaire adjoint dans un délai qui n'excède pas quinze (15) jours après l'AG.

## **Article 24 : Coordonnateur de la CC**

Il est désigné au sein de la CC **un Coordonnateur** dans un délai qui n'excède pas quinze 15 jours.

## **Article 25 : Durée du mandat**

Le président et les membres du bureau exécutif sont élus pour 3 ans renouvelables par le CA.

## CHAPITRE IV : FONCTIONNEMENT

**Article 26** Le président veille à la régularité du fonctionnement de la mutuelle, conformément aux statuts. Il préside les réunions du CA et les assemblées générales dont il **assure l'ordre et la police. Il signe tous les actes et les délibérations** et représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Le **vice-président seconde le président. En cas d'empêchement de celui-ci**, il le supplée avec les mêmes pouvoirs et dans toutes ses fonctions.

**Article 27** Le secrétaire est chargé des convocations, de la rédaction des procès-verbaux, de la correspondance, de la conservation des archives ainsi que de la tenue **des documents d'enregistrement des adhésions. Le secrétaire adjoint seconde le secrétaire. En cas d'empêchement de celui-ci**, il le supplée avec les mêmes pouvoirs et dans toutes ses fonctions.

**Article 28** Le trésorier encaisse les recettes et exécute les paiements sous l'autorité du Président. Il tient les livres de comptabilité et les registres de cotisations et de prestations. Il est responsable des fonds. Le trésorier adjoint seconde le trésorier. **En cas d'empêchement de celui-ci**, il le supplée avec les mêmes pouvoirs et dans toutes ses fonctions.

## **Article 29 : Le gestionnaire**

Il est chargé de la gestion au quotidien et de l'application des décisions prises par l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration.

Ses principales tâches sont :

- **information d'accueil**
- **remplissage de la fiche d'adhésion et d'identification**
- **recueil et collecte des cotisations et droits d'adhésion**
- **délivrance du livret de membre et documents de validité des bénéficiaires à jour**
  
- **initier et mener le processus de négociation (et/ou renégociation) et de conventionnement avec les prestataires ;**
- **initier et mener le programme de mobilisation sociale pour assurer une bonne pénétration de la mutuelle;**
- **assure la gestion comptable du système ;**
- **tient à jour le logiciel de suivi de la mutuelle;**
- **représentation de la mutuelle pour le compte du CA ;**

Il rédige et présente les comptes rendus des activités ainsi que les états financiers. En outre, le gestionnaire participe au conseil d'administration sans droit de vote.

### **Article 30 : Les relais**

Pour le bon fonctionnement de la mutuelle, un relais peut être désigné au niveau de chaque section avec les tâches ci-après :

- ✓ information d'accueil
- ✓ remplissage des fiches d'adhésion
- ✓ recueil et collecte des cotisations
- ✓ délivrance des bons de consultation vers les structures sanitaires

En revanche, pour les bons de pharmacie ou d'analyses, les demandes doivent être impérativement adressées au gestionnaire au niveau central.

La fonction de relais est gratuite. Toutefois, une indemnité mensuelle leur est allouée pour la couverture de leurs frais de déplacement.

### **Article 31 : Mécanismes de prise en charge**

Les bénéficiaires en règle de leur cotisation peuvent accéder aux prestations par la procédure suivante :

1. Se munir de son livret à jour
2. Se présenter à la structure conventionnée de son choix
3. Payer sa part s'il y a lieu.

### **Article 32 : Paiement des factures des prestataires conventionnés**

Toutes les factures sont reçues par le Bureau Exécutif qui les examine avant d'exécuter la procédure de paiement.

### **Article 33 : Documentation**

La **Mutuelle de Santé du Cap Vert** tient au niveau du siège social une documentation constituée essentiellement par :

- Les statuts ;
- Le règlement intérieur ;
- La décision d'agrément du ministère de la santé ;
- Les procès-verbaux et les résolutions de ses assemblées générales ;
- Les procès-verbaux des réunions et les résolutions du conseil d'administration et de la commission de contrôle ;
- Une liste mentionnant les noms, adresses, professions, des membres des organes de la **Mutuelle de Santé du Cap Vert** Les conventions que la

**Mutuelle de Santé du Cap Vert** a établies avec les prestataires et autres partenaires ;

- Les plans de financement établis ;
- Les livres, registres et autres écritures comptables nécessaires à la préparation des états financiers ;
- La base de données des adhérents ;
- **Les états des comptes indiquant chaque jour les opérations qu'elle effectue** dans les adhésions cotisations prestations et autres;
- Autres documents

**Fait à Dakar, le .....**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## STATUTS

### TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

#### CHAPITRE 1 : FORMATION ET OBJET

##### Article 1 : Formation

Conformément à la loi, il est créé une mutuelle de santé dénommée **MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT** qui est un regroupement de personnes membres et de leurs familles.

- 1) La raison sociale est **MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT** et le sigle est MUSCAV ;
- 2) Sa durée de vie est illimitée ;
- 3) Son siège social est sis au Penc Santhiaba, rue 17 x 22 Médina et peut être transféré partout où besoin sera sur décision de l'Assemblée Générale de **MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT** ;
- 4) La **MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT** dispose d'une autonomie de gestion.

Pour faciliter l'enrôlement de ses membres et le suivi des activités, la **MUSCAV** peut ériger des sections au niveau des zones d'interventions.

##### Article 2 : Objet

La mutuelle est à but non lucratif et, essentiellement au moyen des cotisations des membres, se propose de mener dans l'intérêt de ceux-ci et de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité en vue notamment de :

- assurer la prise en charge de tout ou partie des soins de santé ;
- assurer l'amélioration des conditions de santé de ses bénéficiaires ;
- faciliter l'accès pour tous à des soins de santé de qualité ;
- stimuler l'amélioration de la qualité des soins ;
- participer aux activités de promotion et d'éducation à la santé ;
- promouvoir et de développer ses propres services de santé.

La MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT s'interdit de façon absolue toute prise de position politique et toute discrimination religieuse ou ethnique. Elle peut cependant entretenir des rapports de coopération avec tout groupement, organisation, association ou syndicat dans le cadre de la réalisation de ses objectifs.

## **CHAPITRE 2 : CONDITIONS D'ADMISSION**

### Article 3 : Admission

L'admission à la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT est volontaire et ouverte à toute personne qui remplit les conditions suivantes :

- Payer les droits d'adhésion fixés à 2 000 FCFA (Deux mille Francs CFA) ;
- S'engager à verser sa cotisation mensuelle.

### Article 4 Membre honoraire

Le titre de membre honoraire peut être accordé par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, à des personnes ayant rendu des services exceptionnels à la mutuelle. Les membres honoraires sont des membres qui font des dons ou rendent des services équivalents sans l'objectif de bénéficier des avantages sociaux.

## **TITRE II: ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT**

### **CHAPITRE 1 : ADMINISTRATION**

Les organes qui composent la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT sont :

- 5) l'Assemblée Générale (AG) ;
- 6) le Conseil d'Administration (CA) ;
- 7) le Bureau Exécutif (BE) ;
- 8) la Commission de Contrôle (CC).

Le CA élit en son sein un Bureau Exécutif (BE).

Article 5 : L'assemblée générale (A.G)

L'AG est composée de l'ensemble des adhérents de la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT. Elle est composée de :

- tous les membres participants à jour de leurs cotisations ou les délégués dûment mandatés ;
- les membres honoraires.

L'AG se réunit une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration de la MUSCAV. S'il y a lieu, l'AG peut être convoquée en session extraordinaire par le président.

L'AG ordinaire est obligatoire si elle est demandée par écrit par le quart des membres participants ou la majorité des membres du CA ou de la CC en cas d'anomalie constatée ou l'autorité de tutelle.

L'AG doit être convoquée au moins quinze jours avant la date prévue. Les convocations doivent indiquer l'ordre du jour

Article 6 : Quorum

Chaque membre détient une voix. Pour délibérer valablement, l'AG doit réunir le quorum. Ce quorum est constitué par la moitié des membres pour l'AG ordinaire et des 2/3 des membres pour l'AG extraordinaire.

Si le quorum n'est pas atteint, une deuxième AG est convoquée sous quinzaine après le renvoi de la première. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

## **Article 7 : Les décisions**

Les décisions relatives à l'AGO sont prises à la majorité des suffrages exprimés.

La majorité requise est de deux tiers (2/3) lorsque la délibération porte sur :

- les modifications des statuts ;
- les emprunts contractés par la mutuelle dans les conditions fixées par la loi ;
- la fusion de la mutuelle de santé avec un autre groupement mutualiste.

L'AG statue sur les questions qui lui sont soumises par le CA. Elle délibère sur les rapports qui lui sont présentés par celui-ci ou par la CC. Elle se prononce sur le rapport moral d'activités et le compte rendu de la gestion financière du CA, les perspectives financières et les orientations en matière de réalisation sociale et d'investissement ;

Elle élit tout membre du Conseil d'Administration et de la Commission de contrôle.

L'Assemblée Générale est obligatoirement appelée à se prononcer sur :

- les statuts et leur modification
- le règlement intérieur ainsi que leur modification
- les règlements qui déterminent les modalités de gestion administrative et financière des services et établissements gérés par la mutuelle de santé ainsi que leurs modifications
- l'adhésion à une union ou le retrait de celle-ci ;
- la fusion, la scission ou la dissolution volontaire de la mutuelle de santé ;
- la révocation et l'exclusion des membres ainsi que tout membre du Conseil d'Administration ou de la Commission de Contrôle ;
- l'examen du bilan l'année écoulée ainsi que le programme d'activités et le budget prévisionnel de l'exercice suivant ;
- la détermination du montant des cotisations concernant celui-ci.

L'AG peut déléguer ses pouvoirs, en tout ou partie, au Conseil d'Administration.

Cette délégation peut être confirmée annuellement.

Les procès-verbaux de l'AG doivent être déposés auprès de l'autorité administrative

Article 8 : Le conseil d'administration

La mutuelle est administrée par un CA composé de 21 membres. Les adhérents éligibles doivent être à jour de leurs cotisations.

Les membres du CA sont élus pour trois ans. Les membres sortant sont rééligibles.

Le CA dispose pour l'administration et la gestion de la MUSCAV, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'AG. Il soumet annuellement à l'approbation de l'AG, les rapports annuels d'activités et financiers, les budgets prévisionnels et, éventuellement, le budget de chacun des établissements et services gérés par la mutuelle de santé.

Il est en outre chargé, lorsque les dimensions et les activités de la mutuelle de santé le requièrent, de recruter le personnel des services et établissements qu'elle gère.

Le CA peut constituer un comité de gestion technique composé de membres de la mutuelle de santé dont une moitié au moins d'administrateurs, pour l'assister dans la gestion des prestations. La création de ce comité est entérinée par l'AG.

Le C.A administre les activités de la mutuelle de santé. Il peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, une partie de ses pouvoirs soit au BE, soit au président, soit à une ou plusieurs commissions temporaires dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

Le CA se réunit sur convocation de son Président au moins une fois par trimestre. En cas de nécessité, le CA se réunit d'urgence. Les réunions sont convoquées par le président. Le conseil ne peut délibérer valablement que si la majorité de ses membres assiste à la séance. Les décisions sont prises à la majorité simple. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante. Chaque réunion du CA donne lieu à la rédaction d'un PV approuvé par le conseil lors de la séance suivante et conservé par le secrétaire.

### Article 9

Les membres du conseil peuvent, par décision du CA, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances, au cours de la même année.

### Article 10

Le CA a pour principale mission de :

1. Organiser l'assemblée générale;
2. Veiller à l'application des décisions de l'assemblée générale ;
3. Assurer le respect des textes statutaires et réglementaires ;
4. Décider des actions judiciaires ;
5. Décider de convoquer l'Assemblée Générale ;
6. D'étudier l'introduction de mesures de limitation des risques liés à l'assurance ;
7. Recruter le(s) gestionnaire(s) et fixer leurs attributions et rétributions ;
8. Exercer un suivi de l'exécution des tâches assignées aux gestionnaires;
9. Signer les conventions avec les prestataires de soins ;
10. Veiller à la bonne application des conventions ;
11. Décider de la rupture de convention avec des prestataires ;
12. Assurer la tutelle des structures sanitaires mises en place par la **Mutuelle de Santé** .....

Article 11 : Gratuité de la fonction d'administrateur

Il est interdit aux administrateurs de prendre ou de conserver un intérêt direct ou indirect dans une entreprise ayant traité avec la mutuelle de santé ou dans un marché passé avec celle-ci. Il leur est également interdit de faire partie du personnel, à quelque titre que ce soit.

Il est interdit aux administrateurs de recevoir, à l'occasion de leur fonction, une commission, rémunération ou ristourne, sous quelque forme que ce soit.

Mais ils peuvent être remboursés de leurs frais de représentation, de déplacement et de séjour, soit sur production de justificatifs, soit sous forme forfaitaire dès lors que le montant de la somme allouée est compatible avec les frais lorsqu'elle est destinée à être remboursée.

En outre, à titre exceptionnel, l'Assemblée Générale de la MUTUELLE DE SANTE peut décider d'allouer une indemnité à ceux des administrateurs qui, en raison des attributions permanentes à eux confiées, supportent des sujétions particulièrement importantes.

#### **Article 12 : Démission pour absence**

Les membres du Conseil peuvent, par décision du CA, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois reprises, au cours de la même année.

#### **Article 13 : Le Bureau Exécutif**

Le BE est élu parmi les membres du CA et est composé au moins de :

- ✓ un président
- ✓ un vice-président
- ✓ un secrétaire général
- ✓ un trésorier

Le bureau est chargé de :

- assurer le fonctionnement courant de la MUSCAV
- préparer et exécuter les décisions du CA

Il se réunit au moins une fois par trimestre. En cas d'absences répétées, sans raison valable, le CA peut déclarer démissionnaire d'office le membre du bureau concerné.

#### **Article 14 : La Commission de Contrôle**

La commission de contrôle est chargée du contrôle de toutes les activités de la mutuelle de santé. Il est composé de **cinq (5)** membres élus par l'A.G parmi les membres de la MUSCAV non administrateurs et non-salariés. Ils ne doivent pas participer à la gestion de la mutuelle de santé au cours de l'exercice précédent. Les membres doivent jouir de leurs droits civiques.

Les membres de la CC sont élus pour trois ans et sont renouvelés par tiers tous les ans. Les membres sortants sont rééligibles. Outre la fin du mandat, le tiers sortant est déterminé sur la base des critères d'assiduité aux réunions et la participation aux activités de la mutuelle. En cas de départage ou de non accord consensuel, un tirage au sort est effectué en dernier recours pour désigner le tiers sortant.

**La CC se réunit tous les six mois et à chaque fois que de besoin.**

**Elle est chargé de :**

- d'apprécier si les activités du Président et des administrateurs sont conformes aux statuts, règlements et décisions de l'Assemblée Générale
- vérifier la régularité des opérations comptables
- de contrôler la tenue d'une comptabilité, l'encaisse et les éléments d'actif
- de dresser un rapport à l'Assemblée Générale

Dans l'exercice de ses fonctions, il peut faire appel à d'autres compétences internes ou externes si cela s'avère nécessaire. Les résultats des travaux de la CC sont consignés dans un rapport écrit et communiqué au CA avant l'AG au cours de laquelle il doit être présenté. Ce rapport est annexé au procès verbal de la délibération de l'AG.

Si cela s'avère nécessaire, la CC peut convoquer une A.G extraordinaire.

## **CHAPITRE 2 : FONCTIONNEMENT**

### **Article 15: Assemblée Générale**

Les adhérents se réunissent en AG une fois par an sur convocation du CA. En cas d'urgence, une AG extraordinaire peut être convoquée par le président. L'ordre du jour est fixé par le CA. Il doit être communiqué aux adhérents en même temps que la convocation.

### **Article 16 : Convocation, quorum et décisions de l'AG**

Pour délibérer valablement, l'AG doit être composée du quart au moins des adhérents. Les décisions sont prises à la majorité simple des adhérents présents en assemblée générale ordinaire. Toutefois, la majorité requise est des deux tiers des adhérents présents lorsque les décisions portent sur la modification des statuts, la fusion de la mutuelle avec un autre groupement, la modification de ses services, l'acquisition d'immeubles pour l'installation de ses services et de ses actions sociales.

### **Article 17: CA**

Le CA dispose, pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'AG par les présents statuts.

### **Article 18 : Délégation**

Le conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, une partie de ses pouvoirs soit au bureau, soit au président, soit à une ou plusieurs commissions temporaires dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

### **Article 19 : La gestion de la mutuelle**

Le CA de la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT peut déléguer la gestion technique à un ou plusieurs gestionnaires recrutés par ses soins.

Ce gestionnaire est chargé notamment de :

- l'élaboration du budget pour le compte du CA ;
- participer à l'élaboration et l'exécution des plans de formation, de mobilisation sociale et des études ;
- le Suivi -Evaluation de la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT
- mener le suivi et l'évaluation des conventions avec les formations sanitaires pour l'accès des bénéficiaires de la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT à des soins de qualité ;
- élaborer les rapports de toutes les activités menées par la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT ;
- suppléer au besoin le CA dans sa mission de représentation de la mutuelle ;
- fournir les renseignements requis par les différents organes décisionnels.

### **Article 20 : Absence aux réunions**

Tout dirigeant qui s'absente trois 3 fois successivement sans motif valable est considéré comme démissionnaire de ses fonctions. Le remplacement du membre démissionnaire se fera sur la base des voix obtenues lors de l'assemblée générale précédente.

### **Article 21 : L'accès aux prestations**

L'accès aux prestations couvertes par la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT est soumis aux conditionnalités suivantes :

- Être à jour de ses cotisations pour l'ensemble des personnes inscrites au livret de membre ;
- Terminer la période d'observation (durée d'attente).

- Disposer de son livret de membre à jour.

### **Article 22: Conventions**

Les bénéficiaires doivent se rendre auprès des structures sanitaires de la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT ou auprès des prestataires agréés par la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT pour prétendre à une prise en charge. Pour se faire, la mutuelle signe des conventions avec des formations sanitaires et des pharmacies établies dans ses zones de couverture.

## **CHAPITRE 3 : DEMISSION, SUSPENSION, RADIATION ET EXCLUSION DES MEMBRES**

### **Article 23 : Démission**

Tout adhérent peut quitter la mutuelle en donnant sa démission au CA.

### **Article 24 : Suspension**

Le Conseil d'Administration de la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT peut suspendre à tout moment un membre dont le comportement porte un préjudice à la bonne marche du service. Le Conseil d'Administration est habilité à prononcer la suspension d'un membre après avoir entendu l'adhérent incriminé. Le délai de suspension est laissé à l'appréciation du CA suivant la gravité de la faute commise.

### **Article 25 : Radiation**

Sont radiés les adhérents ne remplissant plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'adhésion. Leur radiation est prononcée par le CA.

Sont également radiés les adhérents qui n'ont pas payé leurs cotisations pendant 12 mois.

La radiation est précédée d'une mise en demeure par écrit adressé à l'intéressé. La radiation est prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure au bout de 3 mois

Un sursis peut toutefois être accordé par le CA à l'adhérent qui prouve que des circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché d'effectuer le paiement de ses cotisations.

Les adhérents radiés peuvent réintégrer la mutuelle en payant à nouveau leurs droits d'adhésion et en observant la durée d'attente.

### **Article 26 Exclusion définitive**

Peuvent être exclus de la mutuelle:

- les adhérents dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral grave à la mutuelle;
- les adhérents qui auraient causé aux intérêts de la mutuelle un préjudice volontaire et dûment constaté (fraude, détournement, etc.).

L'exclusion est prononcée par le CA. Elle ne devient définitive qu'après avoir été entérinée par l'AG qui suit la notification à l'exclu. L'adhérent dont l'exclusion est prononcée par le CA a le droit, sur sa demande, d'être entendu par l'AG et de développer ses moyens de défense. L'exclusion est précédée d'une mise en demeure par lettre du Conseil d'Administration dès l'expiration du délai fixé par les Règles de fonctionnement. L'Assemblée Générale entérine la décision.

La démission, l'exclusion et la radiation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations ou des droits d'adhésion. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après décision d'exclusion ou de radiation.

Au-delà de la suspension, de l'exclusion et de la radiation, la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT se réserve le droit d'intenter toute action judiciaire allant dans le sens de ses intérêts.

## **Article 27 : Disparition ou décès d'un membre adhérent**

En cas de disparition ou de décès d'un membre adhérent de la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT il peut être accordé le statut de titulaire à une de ses personnes à charge. Ce nouveau titulaire ne paie pas les droits d'adhésion.

## **TITRE III. DISPOSITIONS FINANCIERES**

### **CHAPITRE 1 : RECETTES ET DEPENSES**

#### **Article 28 : Les recettes de la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT**

Elles comprennent :

- 1) Les droits d'adhésion et les cotisations des membres ;
- 2) Les dons et legs ;
- 3) Les subventions accordées par l'Etat, les collectivités, les bailleurs de fonds,... ;
- 4) Les intérêts des fonds placés ou déposés ;
- 5) Les revenus de manifestations, des souscriptions volontaires organisées au profit de la mutuelle ;
- 6) Toutes autres recettes non interdites par la loi.

#### **Article 29 : Les dépenses**

Elles comprennent :

- 1) les prestations accordées aux bénéficiaires;
- 2) les frais de gestion;
- 3) les frais nécessités par l'organisation et la gestion des œuvres et des services sociaux éventuellement créés par la mutuelle;
- 4) Toutes autres dépenses non interdites par la loi

### **CHAPITRE 2 : MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS**

**Article 30** : La MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT dispose au moins d'un compte en banque pour loger ses fonds.

**Article 31** : Le **CA** décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle en tenant compte des orientations données par l'A.G de la **MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT**

**Article 32** : une partie des excédents de l'exercice est affectée à la constitution d'un fonds de réserve. Les modalités de constitution de ce fonds seront arrêtées par le **CA** de la **MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT** en conformité avec les textes en vigueur.

**Article 33** : Les retraits de fonds s'opèrent avec la signature conjointe du Président du **CA** et du trésorier du compte de la **MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT**

**Article 34** : le compte de la **MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT** est cogéré par le Président du **CA** et le Trésorier général.

**Article 35** : L'exécution des dépenses est déléguée au gestionnaire suivant les modalités définies dans un manuel de procédures.

#### **TITRE IV : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT ET DE SES ADHERENTS**

##### **CHAPITRE 1 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT**

**Article 36** : Les personnes qui figurent dans le registre des bénéficiaires et qui sont à jour de leur cotisation ont droit aux prestations de la **MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT** La mutuelle de santé assure au membre et à ses personnes à charge toutes les prestations arrêtées dans la convention de prise en charge. Le suivi des cotisations est assuré par le registre des cotisations, le livret de membre ou tout autre moyen légal.

**Article 37** : Les prestations couvertes et les taux de prise en charge par la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT sont définis en annexes du Règlement Intérieur (Voir annexes).

**Article 38** : La MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT veille sur la qualité des soins fournis et assure la bonne relation avec les structures partenaires (structures de santé, pharmacies).

**Article 39** : Les bénéficiaires peuvent accéder à toutes les structures conventionnées quelle que soit la zone.

**Article 40** : La prise en charge des médicaments sur prescription d'une formation sanitaire conventionnée est soumise à une réglementation stricte :

1. Les ordonnances provenant de formations sanitaires conventionnées sont couvertes aux taux définis par la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT.
2. Les ordonnances provenant de formations sanitaires non conventionnées sont soumises à une contre-expertise du médecin référent désigné par la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT
3. Le bénéficiaire doit se munir de son livret à jour de ses cotisations et de l'ordonnance prescrite par la formation sanitaire conventionnée par la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT

**Article 41** : Les références de malades dans des structures non conventionnées ne sont pas couvertes par la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT

**Article 42** : Toute modification du taux de cotisation et/ou des prestations entre deux AG nécessite la convocation d'une AG extraordinaire. La décision prend effet dès adoption.

Les membres qui ont cotisé pour une durée qui excède la date d'adoption de la modification ne sont pas astreints à cette nouvelle mesure pour le nombre de mois de cotisation versée auparavant.

Cependant, si la modification concerne les prestations ou leur niveau de couverture, la mesure s'applique à tous les membres sans aucune forme de considération.

**Article 43** : Le règlement intérieur complète les modalités de prise en charge des dépenses de santé des bénéficiaires de la mutuelle.

## **CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DES ADHERENTS**

**Article 44** : Les adhérents paient un droit d'adhésion en entrant dans la mutuelle. Ce droit est versé lors de l'inscription de l'adhérent et de ses personnes à charge.

**Article 45** : L'acte d'adhésion est un engagement pour l'adhérent et ses personnes à charge. Ils doivent respecter scrupuleusement toutes les dispositions des textes régissant la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT sous réserve de sanctions qui peuvent aller jusqu'aux poursuites en justice.

**Article 46** : Les adhérents et leurs personnes à charge ont droit aux prestations accordées par la mutuelle de santé. Le droit aux prestations prend effet dans un délai de 3 mois après paiement effectif des cotisations (période d'observation).

**Article 47** : Tout adhérent qui fait l'objet d'un retard d'un mois dans les versements des cotisations ne pourra pas bénéficier des prestations. Pour un retard de deux (2) à quatre (4) mois, l'adhérent ne pourra bénéficier des prestations qu'après règlement des arriérées. Tout membre accusant un retard de cotisations de quatre (4) mois est considéré comme démissionnaire. Dans ce cas, toute réintégration fera l'objet d'une nouvelle adhésion et l'observation d'un délai de 3 mois avant de bénéficier à nouveau des prestations.

La date de clôture des cotisations est fixée au plus tard le 15 de chaque mois.

**Article 48** : L'adhérent est tenu de verser sa cotisation au siège de la mutuelle ou auprès de toute personne agréée à cet effet. Cependant, il est encouragé à payer en une seule fois la somme totale de sa cotisation de plusieurs mois ou d'une année.

## **TITRE V. REGLEMENT D'APPLICATION, AMENDEMENT, ADHESION AUX UNIONS, FEDERATION, FUSION, DISSOLUTION ET LIQUIDATION**

### **CHAPITRE 1 : REGLEMENT D'APPLICATION ET AMENDEMENTS**

#### **Article 49 : Règlement d'application**

Les règles de fonctionnement établies par le C.A de la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT et approuvées par l'A.G déterminent les conditions d'application des présents statuts. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

#### **Article 50 : Amendement**

Seule l'AG de la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT peut apporter des modifications aux présents statuts conformément à la loi. Néanmoins, le CA peut apporter des modifications qui se limitent aux pouvoirs délégués et qui s'appliquent immédiatement mais qui seront présentées pour ratification à la prochaine A.G de la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT

**Article 51** : Toute question non prévue par les statuts et les règles de fonctionnement sera examinée par le CA de la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT

### **CHAPITRE 2 : ADHESION AUX UNIONS ET FUSION**

#### **Article 52 : Adhésion aux Unions et Fusion**

La MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT peut adhérer à une union de mutuelles de santé et à toute autre forme de fédération ou fusion dans l'intérêt des membres.

## CHAPITRE 3: DISSOLUTION ET LIQUIDATION

### Article 53 : Dissolution et liquidation

La dissolution volontaire de la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT ne peut être décidée que par une **AG** extraordinaire convoquée à cet effet par un avis indiquant l'objet de la réunion. La décision ne peut être prise que par les 2/3 des membres de l'AG.

En cas de dissolution, les fonds et les biens de la MUTUELLE DE SANTE DU CAP VERT seront reversés dans le « fonds » de la Collectivité Léboue.

Fait à Dakar, le .....

## TABLE DES MATIERES

Dédicace .....	i
Remerciements .....	ii
Liste des sigles et abréviations .....	iii
Liste des tableaux .....	iv
Liste des figures .....	v
Résumé .....	vi
Sommaire .....	vii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE .....	5
Chapitre 1 : CADRE THEORIQUE.....	6
1.1. Problématique .....	6
1.1.1. Contexte et justification.....	6
1.1.2. Revue de la littérature.....	11
<b>1.1.2.1. Généralités sur les mutuelles</b> .....	11
<b>1.1.2.2. Principes des mutuelles de santé :</b> .....	12
<b>1.1.2.3. Les Fonctions de la MUSCAV</b> .....	13
<b>1.1.2.4. L'organisation de la gouvernance</b> .....	16
<b>1.1.2.5. Responsabilité, transparence et Participation dans les mutuelles de santé</b> 17	
<b>1.1.2.6. Cadre juridique des mutuelles de santé</b> .....	19

<b>1.1.2.7. Suivi et évaluation</b> .....	19
1.1.3. But de l'étude.....	19
1.1.4. Objectifs de l'étude.....	20
<b>1.1.4.1. Objectif Général</b> .....	20
<b>1.1.4.2. Objectifs spécifiques</b> .....	20
1.2. Cadre conceptuel.....	20
1.2.1. Généralités Sur Le Sénégal.....	20
<b>1.2.1.1. Situation géographique</b> .....	20
<b>1.2.1.2. Démographie</b> .....	21
<b>1.2.1.3. Situation économique</b> .....	22
1.2.2. Situation géographique et administrative de la région de Dakar.....	23
Chapitre 2 : METHODOLOGIE .....	25
2.1. Population de l'étude .....	25
2.2. Stratégie de recherche .....	25
2.3. Méthode et technique de collecte de données.....	25
2.4. Définitions des variables.....	25
2.4.1. Viabilité institutionnelle .....	26
<b>2.4.2. Viabilité technique</b> .....	26
<b>2.4.3. La viabilité fonctionnelle</b> .....	26
<b>2.4.4. Viabilité financière</b> .....	26

<b>2.4.5. Viabilité économique</b> .....	29
<b>2.4.1.5. Analyse FFOM</b> .....	29
2.6. Analyse et traitements des données .....	29
2.7. Discussion .....	29
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ENQUETE.....	31
Chapitre 3 : PRESENTATION DES RESULTATS .....	32
3.1. Résultats de la revue documentaire.....	32
3.1.1. Historique .....	32
3.1.2. Le cadre institutionnel et règlementaire .....	32
3.1.3. Organisation et fonctionnement de la mutuelle de sante .....	33
<b>3.1.3.1. Assemblée générale</b> .....	33
<b>3.1.3.2. Le conseil d'administration</b> .....	34
<b>3.1.3.3. Le bureau exécutif</b> .....	34
3.2. Résultats de l'enquête (description des caractéristiques de la population d'étude)35	
3.2.1. Viabilité institutionnelle .....	35
<b>3.2.1.1. Statut et règlement intérieur</b> .....	36
<b>3.2.1.2. Structure d'appui en relation avec la mutuelle</b> .....	36
<b>3.2.1.3. Relations avec les autorités locales</b> .....	38
3.2.2. Viabilité technique.....	38
<b>3.2.2.1. Compétence des gestionnaires</b> .....	38

3.2.2.2.	<b>Politique d'adhésion</b> .....	38
3.2.2.3.	<b>La politique de gestion des cotisations</b> .....	39
3.2.2.4.	<b>La politique de prise en charge et de gestion des prestations</b> .....	41
3.2.2.5.	<b>: Tenues des réunions :</b> .....	44
3.2.2.6.	<b>Les partenaires</b> .....	46
3.2.2.7.	<b>Les mécanismes de paiements</b> .....	46
3.2.2.8.	<b>La politique de gestion prévisionnelle :</b> .....	46
3.2.3.	<b>viabilité fonctionnelle</b> .....	46
3.2.3.1.	<b>La croissance du nombre des adhérents et de bénéficiaires</b> .....	46
3.2.3.2.	<b>Taux de fidélisation</b> .....	50
3.2.3.3.	<b>Taux de pénétration</b> .....	50
3.2.4.	<b>Evolution financière</b> .....	51
3.2.4.1.	<b>Le ratio de liquidité immédiate</b> .....	55
3.2.4.2.	<b>Le ratio de solvabilité</b> .....	55
3.2.4.3.	<b>Le ratio de couverture des charges</b> .....	55
3.2.4.4.	<b>Le financement de l'activité de la mutuelle</b> .....	56
3.2.4.5.	<b>Taux de recouvrement des cotisations</b> .....	56
3.2.4.6.	<b>Le ratio cotisations acquises / charges totales de l'exercice</b> .....	56
3.2.4.7.	<b>La «bonne marche financière» de la mutuelle</b> .....	56
3.2.5.	<b>Viabilité économique</b> .....	57

Chapitre 4 : ANALYSE DES RESULTATS .....	60
TROISIEME PARTIE : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION- IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS- PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....	64
Chapitre 5 : DETERMINATION/ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION .....	65
5.1. Présentation des outils.....	65
5.2. Détermination et analyse des causes : .....	66
5.3. Visualiser les causes .....	67
5.4. Hiérarchisation des causes .....	68
Chapitre 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	69
6.1. Identification des solutions possibles.....	69
6.2. Priorisation de la solution retenue.....	70
Chapitre 7: PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION .....	71
7.1. Justification .....	71
7.2. Objectifs du projet.....	71
7.2.1. Objectif Général .....	71
7.2.2. Objectifs spécifiques: .....	71
7.3. Cadre logique .....	72
7.4. Plan opérationnel : .....	73
7.4.1. Communication interne .....	73

7.4.1.1. Objectif général.....	73
7.4.1.2. Objectifs spécifiques.....	73
7.4.1.3. Méthodologie : principes pédagogiques.....	74
7.4.1.4. Groupes cibles.....	74
7.4.1.5. Résultats attendus.....	75
7.4.2. Communication interpersonnelle et communication de masse (Axe2 et Axe 3) 76	
7.4.2.1. Messages et acteurs.....	76
7.4.2.2. Outils et supports.....	77
7.4.2.3. Public-cible.....	77
7.4.2.4. Résultats attendus/Indicateurs.....	77
7.5. Plan d'action du comité de communication et sensibilisation de la MUSCAV <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
7.6. Tableau de bord (planning des actions) :.....	82
7.7. Suivi et évaluation.....	83
CONCLUSION GENERALE.....	86
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	88
ANNEXES.....	91
TABLE DES MATIERES.....	136