



*Cas de la Mutuelle de santé  
complémentaire des retraités  
de l'IPRES au Sénégal*

*Mame Abdoalaye Gueye  
Consultante, Abt Associates Inc.*

*Octobre 2004*





# *Cas de la Mutuelle de santé complémentaire des retraités de l'IPRES au Sénégal*



## *La Prière du Mutualiste*

Je formule le vœu...

De cotiser régulièrement ;

La cotisation étant la sève de ma mutuelle.

De n'avoir jamais besoin de solliciter la couverture  
de ma mutuelle, ni pour moi , ni pour les miens.

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

Doyen Assane GUEYE  
Président du Conseil d'Administration  
De la Mutuelle Faggu



Le projet AWARE est subventionné par le U. S. Agency for International Development sous le contrat No. 688-A-00-03-00065-00. PHR*plus* est financé par l'agence des États Unis pour le développement international sous contrat No. HRN-C-00-00-00019-00.



AWARE-RH est dirigé par une vision d'institutions de santé et de réseaux régionaux solides, capables, pertinentes, vibrantes et viables. Ca aidera proactivement les programmes de santé nationaux et régionaux a développe des services de qualité qui répondent aux besoins de leurs peuples. Le projet facilitera cette transformation par:

- Utilisant des procédés coopératifs régionaux pour assurer la possession régionale des meilleures pratiques et approches.
- Faciliter la création de divers partenariats pour exécuter les activités, pour échanger d'information technique, et pour plaider des fonds complémentaires.
- Les approches de direction de connaissance systématiques seront appliquer pour identifier, disséminer, et exécuter de meilleures pratiques qui peuvent être adaptées et copié à travers la région.



Partners for Health Reform*plus* (PHR*plus*) est le projet vedette de l'agence des USAID dans les domaines de la politique de la santé et du renforcement du système de santé dans les pays en développement et en transition. Ce projet de cinq ans (2000-2005) s'appuie sur le projet antérieur, Partners for Health Reform, et il poursuit les activités de ce dernier en matière de politique, financement et organisation de la santé, en mettant l'accent sur la participation communautaire, la surveillance des maladies contagieuses et les systèmes d'information qui supportent la gestion et l'administration des services de santé appropriés.

# Table des matieres

Introduction .....	v
1. Difficultés des retraités dans la prise en charge de leurs soins de santé et de celle de leur famille en cas de maladie .....	1
2. Péripéties dans le développement de la Mutuelle de santé complémentaire des retraités de l'IPRES depuis sa création .....	3
2.1 Organisation de la Mutuelle .....	3
2.2 Régime financier de la Mutuelle .....	4
2.3 Les différentes étapes de développement de la Mutuelle .....	5
3. Système de prévoyance maladie instauré par l'Etat et système à base communautaire .....	7
3.1 Le régime d'assurance maladie de l'PRES .....	7
3.2 Le régime d'assurance des Institutions de Prévoyance maladie (IPM) .....	9
3.3 Les conditions et modalités de prise en charge de la Mutuelle .....	10
3.4 La convention de prestation de soins avec l'Hôpital Saint Jean de Dieu .....	11
4. Complémentarité et avantages des deux systèmes de prévoyance maladie .....	13
5. Leçons de l'expérience de la Mutuelle de santé des retraités .....	15
5.1 Points forts .....	15
5.2 Points faibles .....	16
5.3 Perspectives .....	16
6. Conclusion .....	17





# Introduction



L'accessibilité des couches les plus vulnérables de la population à des soins de qualité est l'objectif principal de la deuxième phase du PNDS du Sénégal.

A cet égard, le promotion de la mutualité constitue une stratégie majeure de la nouvelle politique de santé . Ainsi, l'Etat a mis en place un cadre juridique spécifique propice au développement des Mutuelles de santé.

La Mutuelle de santé est définie dans le cadre de la Loi 2003-14 du 14 janvier 2003, relative aux Mutuelles de santé comme un groupement de personnes à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, en vue notamment :

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

Les Mutuelles de santé sont sous la tutelle du Ministère chargé de la santé et sont astreints au respect des principes de solidarité, de liberté, de démocratie et d'indépendance.

Le développement spontané des Mutuelles a précédé l'aménagement d'un cadre législatif et réglementaire approprié, même si au demeurant des structures telles que la CAMICS ont été créées pour impulser et accompagner cette dynamique

Il existe plusieurs catégories de Mutuelles de santé .Nous nous intéresserons dans cette étude au cas de la Mutuelle complémentaire ; et plus particulièrement à l'expérience de la Mutuelle de santé complémentaire des retraités de l'IPRES au Sénégal, Faggu (Prévoyance).

Nous nous évertuerons dans cette étude :

- d'expliquer les difficultés que rencontrent les retraités dans la prise en charge de leurs soins de santé et celle de leur famille en cas de maladie ;



# 1. Difficultés des retraités dans la prise en charge de leurs soins de santé et de celle de leur famille en cas de maladie

La prise en charge des retraités par l'IPRES est partiellement assurée par ladite Institution. Toutefois, elle ne permet pas la couverture intégrale des besoins en santé des retraités et de leurs familles.

En effet l'IPRES ne prend en charge qu'une partie des frais résultant des soins des retraités dans les établissements de santé hospitaliers, la différence étant supportée par le retraité lui-même.

La modicité des pensions allouées aux retraités de l'IPRES, associée aux tarifs relativement élevés appliqués par les établissements de santé hospitaliers rend les soins quasiment inaccessibles aux retraités et à leurs familles. Il s'y ajoute aussi la cherté excessive des médicaments prescrits à l'occasion des consultations et visites.

Cette situation engendre des difficultés liées à la prise en charge des retraités qui sont accentuées par les insuffisances relatives à la faible participation de l'IPRES aux soins des retraités en cas de maladie et la précarité de la santé des personnes âgées. Ces difficultés se situent à plusieurs niveaux à savoir :

- La cherté des soins (tarif hospitalier de 7000 Frs /jour) par rapport à la modicité de la prise en charge assurée par l'IPRES (2000 Frs/jour) ne représentant que 30% de la facture, les 70% à charge du retraité étant retenues sur sa pension et se matérialisant par des ponctions opérées sur son allocation de retraite et de nature à déséquilibrer le budget des ménages des retraités.
- La non prise en charge par l'IPRES des prestations en amont et en aval de l'hospitalisation à savoir :
  - les consultations d'urgence
  - les analyses
  - la radiologie
- le manque de confort de la catégorie d'hospitalisation conventionnée par l'IPRES (3ème catégorie salle commune de 7 lits) et cela conformément pour les allocataires de régime général comme pour les cadres.

C'est pour toutes ces raisons que des retraités de l'IPRES ont pris l'initiative de s'organiser dans le cadre d'une Mutuelle de santé complémentaire pour pallier les insuffisances notées dans

leur prise en charge et soulager leurs membres des retenues opérées par l'Institution sur leurs pensions, chaque fois qu'ils sont admis, eux même ou un membre de leur famille, dans un établissement hospitalier.

Il s'y ajoute qu'aucun régime de faveur n'est consenti dans le système de santé sénégalais aux personnes retraitées, qui appartiennent pourtant à la catégorie de personnes âgées ou du troisième âge, réputées vulnérables et méritant une attention particulière des pouvoirs publics en matière de protection sociale.

## 2. Péripéties dans le développement de la Mutuelle de santé complémentaire des retraités de l'IPRES depuis sa création

### 2.1 Organisation de la Mutuelle

 La Mutuelle de santé complémentaire Faggu regroupe les allocataires et veuves d'allocataires de l'IPRES. Elle a pour objet de compléter la prise en charge assurée par l'IPRES, des retraités et de leur famille dans les cas d'hospitalisation et de soins externes.

Les organes de la Mutuelle sont :

- l'assemblée générale ;
- le conseil d'administration ;
- le bureau ;
- et la commission de contrôle.

L'assemblée générale est l'instance suprême de la Mutuelle ; elle comprend tous les membres à jour de leurs cotisations.

L'assemblée générale ordinaire est convoquée tous les deux ans ; elle statue sur toutes les questions qui lui sont soumises par le Conseil d'administration, se prononce entre autres sur le rapport de la commission de contrôle, adopte le budget et approuve le bilan financier.

Elle élit en son sein les membres du conseil d'administration et de la commission de contrôle.

Une assemblée générale extraordinaire est prévue exceptionnellement pour examiner des questions graves ou urgentes.

Le conseil d'administration assure la gestion de la Mutuelle, il comprend neuf membres élus par l'assemblée générale. Il se réunit au moins une fois par trimestre. Il élit un Bureau à qui il délègue les pouvoirs en matière de gestion courante.

Le bureau est composé : d'un président, d'un secrétaire général, d'un trésorier et d'un gérant.

Une commission de contrôle de trois membres veille à la bonne gestion financière et administrative de la Mutuelle.

L'assemblée générale constitutive s'est tenue le 24 octobre 1994, à cette date la Mutuelle comptait 397 personnes présentes.

La qualité de membre s'acquiert par l'achat de la carte et l'acquittement régulier des cotisations fixées par le règlement intérieur. Elle se perd par :

- démission ;
- transfert de résidence ;
- exclusion :
- ou radiation.

## *2.2 Régime financier de la Mutuelle*

Les ressources de la Mutuelle comprennent les droits d'adhésion, les cotisations, les amendes, les cautions, les produits des tickets modérateurs, les bénéfices nées d'activités lucratives, les intérêts bancaires, les dons et legs et éventuellement les subventions accordées à la Mutuelle. La mutuelle a adapté son mode de prélèvement des cotisations à la périodicité des revenus de ses membres car la cotisation est perçue chaque trimestre, au moment du paiement de la pension de retraite. De plus, les responsables de la mutuelle se déplacent au siège de l'IPRES à Thiès pour collecter les cotisations des membres.

Les dépenses sont constituées par les charges d'hospitalisation, de consultations d'urgence, d'analyses, d'examen de radiologie, mais aussi par les dépenses de fonctionnement, de formation et les cotisations aux Unions et Fédérations.

Les fonds recueillis sont déposés à la Banque et les disponibilités en caisse n'excède jamais 50000 Frs.

Le produit de la vente des cartes ou droits d'adhésion alimente un fonds de garantie destiné à supporter les cautions auprès des hôpitaux.

Les fonds capitalisés pendant la période d'observation de quatre vingt dix jours des nouveaux adhérents, représentent le fonds de réserve ordinaire. Ce fonds reçoit en sus, le bénéfice des exercices antérieurs. Il sert à résorber les déficits occasionnels résultant d'une surconsommation de soins en période hivernale ou d'épidémie.

Le seuil d'alerte est atteint lorsque le fonds de réserve est entamé à 10% . En ce moment , le conseil d'administration est réuni pour arrêter des mesures conservatoires. Si la situation se détériore jusqu'à dépasser 50%, les activités sont alors suspendues et une assemblée générale extraordinaire est convoquée à l'effet de prendre des mesures de sauvetage.

## 2.3 Les différentes étapes de développement de la Mutuelle

La mutuelle de santé complémentaires des retraités de l'IPRES a connu au cours de son développement plusieurs phases :

- la phase expérimentale : elle est caractérisée par un taux de cotisation minimal et corrélativement à une prise en charge à une prise en charge réduite soit :
  - cotisation : 500 Frs/trimestre et par ménage
  - prise en charge : plafonnement de la prise en charge à 15 journées d'hospitalisation
- la phase opérationnelle :
  - cotisation : 1000 Frs/trimestre et par ménage
  - prise en charge : hospitalisation pour une durée illimitée
- la phase d'expansion :
  - cotisation : 2000 Frs/trimestre et par ménage
  - prise en charge :
    - hospitalisation : durée illimitée
    - remboursement de 50% du montant payé pour les consultations d'urgence, les analyses, les radiologies,

les actes chirurgicaux

Cette phase concerne également la mise en œuvre d'une politique sociale caractérisée par :

- la création d'un fonds social alimenté par :
  - un prélèvement de 50% sur les droits d'adhésion perçus par la mutuelle dans l'année
  - la totalité des produits des avoirs de la mutuelle déposés auprès des banques
- le parrainage par la mutuelle des retraités de pensions très modestes (les veuves notamment qui perçoivent 50% de l'allocation de leurs défunts époux). Ainsi 40 parrainés ont été pris en charge et ainsi répartis :
  - 20 veuves
  - 12 orphelins
  - 8 retraités

Pour ces parrainés, la mutuelle libère leur cotisation annuelle à raison qui s'élève au total à 320 000 Frs. Leur permettant ainsi d'accéder gratuitement à tous les services offerts par la mutuelle. Les personnes éligibles au fonds social sont proposées par l'IPRES à la Mutuelle sur la base de critères économiques.

Entre 1995 de la création de la mutuelle et aujourd'hui le nombre de membres est passé de 816 à 1269.



# 3. Système de prévoyance maladie instauré par l'Etat et système à base communautaire

## 3.1 Le régime d'assurance maladie de l'IPRES



l'IPRES est un organisme de droit privé placé sous la tutelle technique et financière de l'Etat. Il dispose d'une réelle autonomie dans sa gestion et son organisation. Il est régi par :

- la Loi 75-50 du 03 avril 1975 relative aux Institutions de prévoyance sociale ;
- le Décret 75-455 du 24 avril 1975 rendant obligatoire l'affiliation au régime de retraite de tous les employeurs et travailleurs ;
- l'Arrêté 3043 du 09 mars 1978 confiant la gestion du régime de retraite à l'IPRES ;

Sa vocation fondamentale est de servir des pensions à ses allocataires dans le cadre de l'assurance vieillesse. La couverture médicale des retraités n'était pas dans ses préoccupations initiales.

Avec la promulgation de la Loi 75-50, les retraités ont perdu le bénéfice de l'assurance maladie qui leur était concédée pendant leur période d'activité. Alors que, leurs homologues relevant du Fonds national de retraite (FNR) continuaient de bénéficier au même titre que les fonctionnaires en activité, de la prise en charge par l'Etat de leurs soins.

Pour réparer cette iniquité, le Conseil d'administration décide en 1979 de participer à la couverture des soins par la prise en charge dans ses propres services de santé et les hôpitaux.

En effet, l'Institution dispose d'un Centre médico-social créé en 1981, spécialisé dans les soins de gériatrie mais aussi élargi aux familles des retraités ; elle possède en outre des centres médicaux secondaires régionaux supervisés chacun par un Médecin assisté d'un Infirmier d'Etat.

L'IPRES a commencé à supporter l'intégralité des factures d'hospitalisation des retraités affiliés à l'Institution avant de se limiter par la suite à contribuer à la journée d'hospitalisation en raison de 2000 Frs, le montant différentiel étant imputé au retraité. Cette contribution s'est révélée insignifiante du fait des pensions dérisoires des retraités d'une part et du coût onéreux des prestations hospitalières d'autre part.

L'IPRES a tenté de remédier à cette situation en relevant sa participation à la journée d'hospitalisation à 4000 Frs, à l'exclusion des analyses et examens radiologiques. Cet effort procède de la reconnaissance par l'Institution des insuffisances du système de protection mis en œuvre mais aussi de sa volonté à améliorer la prise en charge de ses allocataires.

### *3.1.1. Modalités de prise en charge des retraités par l'IPRES :*

- Le retraité se fait délivrer par l'IPRES se fait délivrer par l'IPRES une lettre de garantie au moment de son hospitalisation
- L'IPRES reçoit la facture d'hospitalisation et procède dans un premier temps au règlement de celle ci
- L'IPRES dans un deuxième temps procède au calcul de la quote part du retraité compte tenu de sa participation
- Cette quote part est fixée comme suit pour une journée d'hospitalisation :  
 $7000 - 2000 = 5000$  Frs
- La quote part du retraité dans la facture est déterminée en multipliant le nombre de journée d'hospitalisation par 5000 Frs.
- Le montant ainsi obtenu est précompté au retraité en une ou plusieurs ponctions sur son allocation de retraite compte tenu d'une part de l'importance de la somme, du montant de la pension d'autre part.

### *3.1.2. La mutuelle à base communautaire :*

- La mutuelle de santé a négocié avec l'hôpital un tarif préférentiel qui ramène le taux journalier d'hospitalisation de 7000 à 3500 Frs.
- Le malade envoyé par la mutuelle présente à l'hôpital une lettre de garantie délivrée par la mutuelle en plus de la lettre de garantie délivrée par l'IPRES.
- La convention prévoit une double facturation par l'hôpital :
  - à l'IPRES sur la base de 2000 Frs/journée d'hospitalisation
  - à la mutuelle de santé sur la base de 1500 Frs/journée d'hospitalisation

A noter que pour les malades admis en 2eme catégorie, la base de facturation journée/hospitalisation est de  $6000 - 2000 = 4000$  Frs

- Les membres de la mutuelle bénéficient par ailleurs d'un taux préférentiel de 50% du tarif des prestations non prises en charge directement par la mutuelle à savoir :
  - les consultations
  - les investigations
  - les actes chirurgicaux

Pour ces prestations ci dessus listées, la mutuelle rembourse 50% du montant de la somme payée avec toutefois un plafond de 59 000 Frs pour les actes chirurgicaux.

### *3.2 Le régime d'assurance des Institutions de Prévoyance maladie (IPM)*

Les IPM sont régies par le décret n°75-895 du 14 août 1975 portant organisation des IPM d'entreprise ou interentreprises et rendant obligatoire la création d'IPM .

La création d'IPM est obligatoire dans toute entreprise comptant un effectif d'au moins cent travailleurs. Les prestations des IPM sont destinées aux travailleurs permanents appelés participants et aux membres de leurs famille à leur charge (épouses et enfants), au sens du régime des prestations familiales, dans la mesure où ils ne bénéficient pas des avantages d'un quelconque autre régime.

L'IPM a pour objet la prise en charge partielle des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés au Sénégal par les membres bénéficiaires. Les taux de prise en charge varient en fonction des résultats enregistrés dans la limite des plafonds fixés par arrêté conjoint du Ministre chargé du Travail et de celui des Finances.

Ledit arrêté conjoint définit également le taux maximal de cotisation globale également répartie entre le travailleur et l'employeur et le plafond de salaire au delà duquel les cotisations ne sont pas dues.

La prise en charge des membres participant est assurée grâce la délivrance de feuilles maladie pour les soins et l'établissement de bons de commande pour l'approvisionnement en médicaments. La liste de certains médicaments et services ne donnant pas lieu à prise en charge est fixée par arrêté interministériel.

L'IPM se compose de membres participants, de membres adhérents et de membres d'honneur. Les « membres participants » sont les travailleurs de l'entreprise ; les « membres adhérents » sont les employeurs et les membres d'honneur sont ceux qui concourent moralement ou matériellement à la réalisation des buts de l'IPM.

- Les ressources des IPM comprennent :
  - les cotisations des membres participants ;
  - les cotisations des membres adhérents ;
  - les contributions et subventions accordées ;
  - les dons et legs.
- Les dépenses de l'IPM sont constituées :
  - des diverses prestations prises en charge ;
  - et éventuellement des frais de gestion de l'IPM.

L'IPM tient une comptabilité en recettes et dépenses. Lorsque les recettes excèdent les dépenses, il peut être constitué un fonds de réserve dont le total cumulé ne peut dépasser 100% des dépenses du dernier exercice.

Au cas où l'excédent dépasserait le taux prescrit, il est procédé soit à une augmentation des taux de prise en charge des prestations, soit à une réduction du taux des cotisations.

Les taux de prise en charge varient d'une IPM à une autre, tout membre participant détient un livret individuel de santé numéroté pour son identification. Le livret est présenté à tous les praticiens et fournisseurs qui reportent le numéro et le nom du participant sur la feuille de maladie et sur la facture.

Le bénéficiaire utilise pour les consultations des feuilles de maladie mises à sa disposition par l'IPM. Il laisse la feuille au Médecin qui l'adresse directement à l'IPM pour obtenir le règlement de ses prestations. Les quotes-parts à la charge du participant peuvent être réglées par l'IPM et précomptée au membre.

### *3.3 Les conditions et modalités de prise en charge de la Mutuelle*

La prise en charge de l'adhérent par la Mutuelle est subordonnée à celle de l'adhérent par l'IPRES. Ainsi tout membre de Faggu est tenu de déposer au niveau de l'IPRES, un dossier ainsi constitué :

- un titre de retraité ou de veuve bénéficiant de la réversion ;
- un certificat de mariage ;
- un extrait de naissance des enfants à charge ;
- un certificat de scolarité pour les enfants âgés de 18 à 21 ans.

Les droits d'adhésion sont fixés à 5000 Frs. Les cotisations sont arrêtées à 4000 Frs par trimestre pour l'admission à la 2<sup>ème</sup> catégorie et 2000 Frs par trimestre pour la 3<sup>ème</sup> catégorie.

Une période d'observation de trois mois s'impose au nouveau adhérent avant qu'il ne puisse bénéficier de la prise en charge la Mutuelle, sauf dans les cas de dérogation consentie par cette dernière.

L'adhérent qui respecte les obligations statutaires bénéficie d'une prise en charge en hospitalisation et en consultations et soins externes. Par contre ceux qui ne s'acquittent pas de leurs cotisations dans les délais impartis sont suspendus, ainsi que leur famille.

Le nombre de journées d'hospitalisation prises en charge par la Mutuelle est sans limite, alors que les prestations dispensées à titre externe sont couvertes en partie.

Un plafond est fixé pour prévenir toute dérive susceptible de mettre en péril la Mutuelle. Il est calculé sur la base du montant de la cotisation annuelle multiplié par vingt. Une bonification de deux ans par tranche de cinq années de cotisations est consentie aux adhérents ayant libéré leurs cotisations pendant une période de cinq ans.

### *3.4 La convention de prestation de soins avec l'Hôpital Saint Jean de Dieu*

La Mutuelle est liée à l'Hôpital Saint Jean de Dieu par une convention de soin , signée le 24 mai 1995 et renouvelée depuis lors.

Dans le cadre de cette Convention, ledit Hôpital concède à la Mutuelle une réduction de 50% sur les tarifs d'hospitalisation, de consultation d'urgence, d'analyse et de radiographie.

En contrepartie, la Mutuelle accepte de déposer une caution de 500 000 Frs, un exemplaire de la lettre de garantie, le spécimen de signature du gérant, la procuration du président et le modèle de cachet.

Les adhérents de la Mutuelle et leurs familles sont admis à l'hôpital sur simple présentation du billet d'hospitalisation et de la carte de membre ; mais ils doivent dans les 72 heures qui suivent produire la lettre de garantie délivrée par l'IPRES et celle de la Mutuelle.

L'adhérent est toutefois tenu de régler la première journée d'hospitalisation, préalablement à la délivrance de la lettre de garantie.



## 4. Complémentarité et avantages des deux systèmes de prévoyance maladie



Dans le système décrit deux organismes interviennent pour la prise en charge du malade :

- l'IPRES règle le montant de sa facturation
- la mutuelle règle le complément ou le différentiel

L'avantage que la mutuelle de santé capitalise et découlant de la complémentarité est la réduction du taux journalier à charge de la mutuelle (1500 au lieu de 3500 Frs pour l'ensemble des autres mutuelles de santé).

Le taux préférentiel obtenu par la mutuelle de santé ramène le différentiel à charge de la mutuelle à :  $7000/2 - 2000 = 1500$  Frs alors que ce différentiel (à charge du retraité) étant de l'ordre de  $7000 - 2000 = 5000$  Frs.

Les avantages que présente la combinaison des deux systèmes d'assurance maladie :

- le taux des prestations hospitalières a été fortement revu à la baisse du fait du tarif préférentiel accordé à la mutuelle (3500 au lieu de 7000 Frs)
- la participation de l'IPRES (2000Frs/jour) réduit le tarif payé par la mutuelle de santé à 1500 Frs/jour là où les mutuelles de santé ne bénéficiant pas de la complémentarité règlent ce même tarif journalier à 3500Frs/jour.
- le taux préférentiel accordé à la mutuelle pour l'hospitalisation est étendu pour les membres aux prestations à titre externe :
  - consultations
  - investigations
- Avec la mutuelle complémentaire, les membres bénéficient du remboursement de 50% du coût des prestations telles que :
  - consultations
  - investigations
  - actes chirurgicaux
- Les membres peuvent également joindre l'agréable (confort) à l'utile (soins de qualité) en accédant à la 2ème catégorie, cabine à deux lits avec salle d'eau attenante.

Le Mutuelle complète les efforts de l'IPRES en matière de prise en charge des soins des retraités affiliés à la dite Institution. La combinaison des systèmes assurent une meilleure prise en charge des adhérents.

Ainsi pour les hospitalisations l'adhérent bénéficie d'une double garantie :

- la prise en charge partielle de l'IPRES d'une journée, à raison de 4000 Frs ;
- la prise en charge complémentaire de la Mutuelle pour le montant différentiel.

Ce qui dispense l'adhérent de toute participation aux frais d'hospitalisation.

Pour les prestations à titre externe, qui ne sont pas couvertes par l'IPRES, l'adhérent profite aussi d'un double avantage :

- le remboursement partiel des consultations, des examens radiologiques, biologiques et des interventions chirurgicales ;
- le tarif préférentiel concédé à la Mutuelle.

Ainsi, la participation de l'adhérent aux frais des soins externes est très réduite.

Les retraités bénéficient aussi d'une prise en charge primaire dans les centres de santé de l'IPRES.

Ces avantages combinés réduisent la participation de l'adhérent au frais de prise en charge et participent de l'amélioration de l'accès des retraités et de leurs familles aux soins de santé.

En définitive, la Mutuelle complémentaire relaie parfaitement l'IPRES en supplantant à ses déficiences en matière d'assurance maladie des retraités.

## 5. Leçons de l'expérience de la Mutuelle de santé des retraités

**E**n général l'objectif majeur poursuivi par les initiateurs de la mutuelle de santé vise l'accessibilité financière et à moindre coût à des soins de santé de qualité à travers la mutuelle. L'originalité de la démarche des retraités procède du fait qu'ils bénéficient déjà d'une prise en charge par l'IPRES.

Cependant les retraités après analyse de la situation de leur prise en charge par l'IPRES ont identifiés des lacunes et insuffisances suivantes :

- cherté des coûts des prestations ( 7000 Frs/journée d'hospitalisation) par rapport à la modicité de la prise en charge assurée par l'IPRES. (2000 Frs/journée d'hospitalisation)
- ponctions drastiques opérées sur les allocations de pensions relativement à leur hospitalisation
- prise en charge exclusive des soins hospitaliers à l'exclusion des consultations, investigations et actes chirurgicaux.
- catégorie d'hospitalisation (3eme catégorie salle à 7 lits) offrant certes des soins de qualité (Hôpital St Jean de Dieu) mais sans le confort

Ce constat établi, les retraités de Thiès ont pris l'initiative de juxtaposer à l'existant (prise en charge de l'IPRES) une structure privée à base communautaire à l'effet de corriger les lacunes et insuffisances ci dessus inventoriées.

L'expérience de la Mutuelle de santé des retraités en matière de prise en charge complémentaire des soins de santé est assez riche. Elle comporte des forces mais aussi des faiblesses.

### 5.1 Points forts

- La Mutuelle des retraités regroupe des personnes à revenus réguliers, même s'ils sont jugés assez modestes.
- La participation de l'IPRES à la couverture des frais réduisant ainsi les contributions qui devaient être versées par les membres pour leur prise en charge.
- L'existence d'un centre commun de paiement aux membres qui facilite la collecte des cotisations

## 5.2 Points faibles

- Le nombre d'adhérents est faible par rapport à la population des retraités. Après cinq années d'existence, il ne dépasse pas 1250 membres sur 4800 retraités recensés dans la région de Thies, où elle est implantée.
- La Mutuelle n'a signé de convention de soin qu'avec un seul hôpital (l'Hôpital Saint Jean de Dieu) ; ce qui réduit la gamme des prestations offertes.
- La Mutuelle n'étend pas la couverture aux médicaments prescrits aux adhérents.

## 5.3 Perspectives

La Mutuelle est consciente de ses limites et s'est définie des perspectives de développement pour le moins ambitieuses:

- élargissement de l'éventail des prestations couvertes aux soins bucco-dentaires, à l'ophtalmologie et aux médicaments pour répondre à une demande de plus en plus pressante des mutualistes ;
- signature de conventions avec d'autres établissements hospitaliers afin de diversifier les prestations offertes.
- élargissement de la base sociale de la mutuelle de santé

## 6. Conclusion



La Mutuelle des retraités de l'IPRES Faggu est un exemple réussi en matière de prise en charge complémentaire. A ce titre, son expérience est susceptible d'intéresser toutes les catégories de la population qui bénéficient déjà d'une assurance maladie partielle. Ces catégories de personnes ne sont pas très nombreuses en Afrique (essentiellement les fonctionnaires et salariés du secteur privé) mais elles ont en général un pouvoir d'achat supérieur à la moyenne, des revenus réguliers et souvent un nombre important de personnes à charge.

L'expérience de Faggu est aussi originale par rapport à la population cible qu'elle couvre. D'une part les retraités sont souvent considérés comme des personnes à charge et à risque : les personnes âgées figurent presque toujours sur la liste des ayants droit dans les mutuelles de santé alors que dans le cas de Faggu ils sont membres à part entière et prennent en charge leurs épouses et leurs enfants.

La mutuelle de santé complémentaire Faggu a réalisé des performances dans le domaine de l'amélioration de l'accès aux soins de ses membres. Elle doit principalement ses résultats positifs à la rigueur et à l'engagement de ses dirigeants, mais aussi à la foi de ses membres aux idéaux mutualistes.

Elle mérite le soutien des pouvoirs publics et de l'IPRES. Parce que d'une part elle participe à la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé, en particulier l'amélioration de l'accès aux soins des personnes âgées et d'autre part, elle œuvre pour le bien-être des retraités de l'IPRES et de leurs familles en leur offrant une couverture sanitaire quasi complète.

Faggu a réussi à développer avec l'IPRES une synergie pour assurer une prise en charge adéquate des retraités. Cette expérience mérite une large diffusion car elle pourrait contribuer à aider d'autres groupes sociaux similaires en Afrique particulièrement à améliorer leur accès aux soins de santé.



