

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION SANITAIRE

SERVICE SANTE COMMUNAUTAIRE

**SEMINAIRE-ATELIER SUR L'ORIENTATION
DES MUTUELLES DE SANTE AU BENIN**

DU 12 AU 13 DECEMBRE 2002

RAPPORT

Abomey

PLAN DU RAPPORT

INTRODUCTION

1. Cérémonie d'ouverture

1.1. Allocution de bienvenue au DDSP/Zou-Colline.

1.2. Allocution d'ouverture du représentant du MSP (Dr DOSSOU-TOGBE)

1.3. Mise en place du présidium.

- Composition.
- Allocution du président du présidium.

1.4. Programme de travail.

2. Analyse de la problématique de sécurisation de l'accès aux soins:

2.1. De la problématique d'assurance santé à la mutualité

- Exposé
- Débats
- Conclusion

3. Présentation des expériences des promoteurs de stratégies de sécurisation de l'accès aux soins

- Exposé
- Débats
- Conclusion

4. Restitution des travaux en atelier

5. Débats d'orientation et Recommandations

CONCLUSION

Annexes

- 1- Liste des participants**
- 2- Programme de travail**

INTRODUCTION

Du 11 au 12 décembre 2002, il a été organisé par le MSP un séminaire atelier d'orientation des mutuelles de santé au Bénin au Motel d'Abomey.

Ont participé à cet atelier :

- des cadres des Ministères de la Santé Publique de la Famille de la Protection sociale et de la Solidarité, de la Fonction Publique du Travail et de la Réforme Administrative, de l'Agriculture de l'Elevage et de la Pêche ;
- des Coordonnateurs ou promoteurs des mutuelles de santé existantes au Bénin ;
- des mutualistes sans oublier les partenaires au Développement en l'occurrence la Coopération Française.

L'objectif poursuivi est de pouvoir harmoniser les points de vue des participants sur des questions d'organisation, d'orientation et d'un consensus pour une maîtrise de la démarche mutualiste.

Il s'est agit :

- de capitaliser les expériences des mutuelles de santé développées au Bénin
- d'analyser les forces et les faiblesses des différentes formes de mobilisation de ressources au Bénin ;
- déterminer le mécanisme de partenariat entre les opérateurs, mutualistes et partenaires et Etat sur l'amélioration du financement communautaire, basée sur la contractualisation. En effet celle-ci permet de rationaliser les coûts et favorise l'adhésion des populations en passant par une bonne gestion participative des structures de santé.

Ainsi, le développement des mutuelles de santé au Bénin contribuera de manière incontestable à la réduction de la mortalité et par conséquent à celle de la pauvreté

1- Cérémonie d'ouverture du Séminaire atelier

Placé sous le patronage du Ministre de la Santé Publique représenté par le Dr Pascal DOSSOU TOGBE Secrétaire Général du Ministère, l'ouverture a connu deux allocutions :

1.1 De l'allocution de bienvenue du représentant du DDSP/Zou-Colline:

Le représentant du Directeur Départemental de la Santé Publique du Zou/Collines, a exprimé sa satisfaction d'abriter à Abomey, ce séminaire important à plus d'un titre. Tout en souhaitant la bienvenue aux participants, il a assuré les organisateurs du séminaire de sa disponibilité à contribuer au succès des travaux.

Il a ensuite exhorté les participants à visiter les merveilles du musée historique d'Abomey.

1.2- De l'allocution d'ouverture du représentant du Ministre de la Santé Publique Dr Pascal DOSSOU-TOGBE : Secrétaire Général du Ministère (SGM).

Dans son discours d'ouverture, le SGM a précisé le contexte, les buts, objectifs et attentes du Ministère de la Santé Publique.

Contexte:

Le taux de couverture sanitaire se stabilise depuis plusieurs années autour de 30% au Bénin. La précarité de la capacité contributive de la population béninoise dont 2/3 est en dessous du seuil de la pauvreté justifie cette difficulté d'accessibilité aux soins préjudiciable à la maîtrise de la santé publique. IL s'agit là d'un point critique qui sert de toile de fond au déroulement de ce séminaire-atelier dont les objectifs et des résultats sont les suivants:

Buts:

- Accroître la part contributive de la population.
- Augmenter la fréquentation des structures de santé.
- Accroître le nombre de mutuelles.
- Assurer la pérennisation des mutuelles
- Rendre automatique les démarches de gestion cyclique

Objectif général

- Analyser les forces et faiblesses des formes de mobilisation de ressources/assurances maladie appliquées au Bénin en vue d'harmoniser les approches d'intervention des différents acteurs dans le domaine et mieux circonscrire le rôle de l'Etat.

Objectifs spécifiques:

- Capitaliser les expériences de Mutuelles développées au Bénin.
- Analyser les forces et faiblesses des différentes formes de mobilisation de ressources de financement alternatif.
- Etudier le mécanisme de partenariat (MSP, promoteurs, bénéficiaires, prestataires de services),
- Créer les conditions d'amélioration du financement communautaire,
- Circonscrire les domaines d'appui de l'Etat.

Pour la conduite des travaux un présidium de quatre membres a été mis en place :

Président : Dr Servais CAPO-CHICHI
 o Consultant en Santé Publique et Développement
 o Médecin-conseil en Mutualité

Vice-président : Mr Antoine Prosper ZODJIN
 o Directeur général de la MUSANT

1^{er} rapporteur : Monsieur SONON TCHEHOUEA
 o Président Conseil d'Administration de la Mutuelle de Sécurité Sociale de Cotonou

2^{ème} rapporteur : Madame Victoire TESSI
 o En Service à la DNPS/ MSP

Après la mise en place du présidium, le président a rappelé le contexte de l'atelier en ces termes :

La précarité de la capacité contributive des populations constitue un maillon de fragilité pour la mise en œuvre des programmes de santé au Bénin. Il

est bien évident que le souci de sécurisation de l'accès aux soins au niveau des populations pauvres surtout, constitue le tréfonds de la problématique de recherche de solutions alternatives qui nous amène à aborder les principes de concrétisation de la solidarité dans le secteur santé. Cette vision nous indique dans ce rendez-vous du donner et du recevoir, de capitaliser les expériences des différents promoteurs qui font depuis plusieurs années diverses expériences guidées par les exigences du terrain, en vue de rechercher la viabilité et la pertinence de nos choix par rapport aux orientations du Gouvernement et la politique sanitaire du secteur qui précise dans le document de Politique, Normes et Standards que "La réforme du financement de la Santé met l'accent sur la recherche de financement alternatif notamment pour les niveaux périphérique et intermédiaire de la pyramide sanitaire. A cet égard la participation des populations va être développée surtout au niveau des recouvrements des coûts des soins des médicaments et de l'autofinancement des formations sanitaires. Un effort sera fait dans la prise en charge des soins hospitaliers grâce au financement alternatif (Assurance santé et surtout mutuelles) dont le développement participe de la prise en charge des pauvres et des indigents. Des structures chargées de suivi et de développement seront créées et/ou dynamisées".

Il est évident qu'il va falloir non seulement élucider les concepts mais encore aborder plusieurs aspects de la question à savoir les parties prenantes, le cadre institutionnel et réglementaire de leur collaboration, le contexte politique, socio – économique et culturel.

2 – Analyse de la problématique de sécurisation de l'accès aux soins

Cette analyse a été abordée par les exposés suivants :

2.1. De la problématique de l'assurance santé à la mutualité

(Dr AYI Marcellin)

Introduction

Dans notre pays, malgré les efforts fournis par le Gouvernement en matière d'infrastructures sanitaires et la mise à disposition du personnel, force est de constater que :

- le taux de fréquentation reste encore bas (30 %, source SNIGS),
- 70 % des enfants malades n'ont pas accès aux soins de qualité,
- les 2/3 de la population béninoise vivent en dessous du seuil de la pauvreté et 25 % n'ont pas accès aux soins curatifs,

- 47 % de la population ne peuvent pas honorer leurs ordonnances en médicaments.

Face à ces constats alarmants, comme dans toutes les sociétés du monde, il est apparu nécessaire à un moment de leurs développements de matérialiser leurs tendances à la solidarité sous plusieurs formes en fonction du tissu social bénéficiaire et de l'objet de la manifestation de la nécessité de la mise en commun de moyens. Dans le cadre de la santé, plusieurs systèmes ont été utilisés pour couvrir les frais de santé.

Des expériences ont été développées sous forme d'assurance à but lucratif, d'assurance maladie, et de mutuelles de santé. La nécessité de contribuer efficacement à l'accès aux soins de qualité des populations en particulier les plus pauvres ont amené certains initiateurs à l'organisation des communautés en suscitant le développement des mutuelles.

2.2. Revue des formes d'assurance santé

2.2.1. Le système d'assurance maladie obligatoire:

Le but de ce système est de sécuriser les individus qui sont confrontés à des risques par la mise en commun de ressources individuelles généralement insuffisantes pour couvrir à elles seules le risque maximal auquel l'individu est exposé. Cette forme d'assurance à caractère obligatoire est le résultat d'une réglementation d'Etat dans le souci de garantir la couverture sanitaire d'un groupe de population donné. Cette assurance dont le cas typique du Bénin est celui de l'OBSS présente des limites d'accessibilité du fait qu'il n'est pas ouvert à tout le monde sinon qu'aux institutions étatiques et aux sociétés privées qui n'occupent qu'une infirme partie des populations.

2.2.2 Assurance privée à but lucratif

Elle a un caractère privé lucratif qui légitime les exigences individuelles en fonction du choix contractuel (garantie) opéré.

- En République du Bénin, l'assurance maladie a connu ces dernières années une évolution remarquable. De 1974 à 1995 des tentatives de commercialisation de ce produit ont été entreprises par la société nationale d'assurance et de réassurance (SONAR) qui avait alors le monopole du marché. A l'époque, le marché était limité aux institutions de l'Etat. (Assemblée Nationale, Cour Constitutionnel, Conseil économique et social, Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication). Mais la

libéralisation du secteur a permis d'imprimer une nouvelle dynamique à l'assurance maladie.

2.2.3 Caractéristiques de l'assurance privée à but lucratif

L'assurance maladie privée à but lucratif s'inscrit dans le cadre juridique du code de la Conférence Internationale des Marchés d'Assurances(CIMA).Cinq sociétés opèrent dans le domaine de l'Assurance Maladies et y sont habilitées. Il s'agit de l'Africaine des Assurances, la Nouvelle Société d'Assurance du Bénin, la Fédérale des Assurances, la Générale des Assurances du Bénin (GAB) et SOBAC.

De grands progrès ont été réalisés. Ce mécanisme d'Assurance implique les souscripteurs les centres de santé et les officines de pharmacie. Différentes formules d'assurance sont proposées à savoir l'assurance maladie des particuliers et l'assurance maladie groupe, la dernière formule étant plus appropriée au principe de compensation des risques fondés sur la loi des grands nombres qui donne plus de chances à la conciliation de l'intérêt de l'assureur et de celui des individus. Les garanties proposées étant complètes avec des taux de remboursement variables.

De principe, aucune restriction ne limite l'accès à l'assurance maladie. Mais le faible pouvoir d'achat exclut les plus démunis qui sont majoritaires.

Leurs résultats sont encourageants et l'essentiel est que les uns et les autres acceptent ce secteur dans le développement des individus, des différentes organisations et groupes socio-économiques en y consacrant les moyens nécessaires.

2.2.4 Epargne - santé

Il s'agit d'une disposition de prévoyance personnelle en matière de risque de santé par la mise en place d'un processus d'épargne.

2.2.5 Fonctionnement de l'assurance maladie au Bénin

Il repose sur le système du tiers payant. L'assuré se soigne dans un centre agréé et supporte 20 % des frais et la compagnie 80 %.

Il existe un plafond qu'on ne doit pas dépasser si non on supporte le surplus. Les taux de remboursement dépendent de la catégorie des prestations.

2.3. Destinataires de l'assurance maladie

- les clients potentiels
- les couches socio-professionnelles.

Le faible niveau de vie et le pouvoir d'achat très réduit ne permettent pas aux individus d'avoir accès à ce mode de financement de la santé malgré les avantages de l'assurance maladie.

2.3.1 Avantages de l'assurance maladie

L'assurance maladie confère des avantages certains au niveau des objectifs nationaux de mobilisation d'épargne nationale, et de santé publique. Elle est aussi un instrument de sécurisation de l'individu dans une société qui perd de plus en plus ses valeurs traditionnelles de solidarité manifeste. Ils sont à plusieurs niveaux

2.3.2 Niveau de la réalisation des objectifs nationaux :

- contribution à la mobilisation de l'épargne nationale
- participation à la mise en œuvre d'une bonne politique sanitaire (assuré bénéficie des soins et des produits de qualité)

2.3.3 Niveau individuel

L'assurance maladie accompagne l'individu dans sa vie quotidienne et lui confère une fierté par rapport au non assuré.

2.3.4 Niveau des souscripteurs

L'avantage ici est de pouvoir budgétiser et gérer efficacement les dépenses liées aux soins et aux médicaments.

2.3.5 Au niveau des tiers paiements

Le paiement des cotisations des adhérents permet de disposer des ressources sûres et régulières.

2.4 Difficultés et limites des systèmes privés d'assurance maladie :

Les limites du système tiennent de la fraude, du déficit d'information et de l'exclusion à cause du pouvoir d'achat très limité de la population.

2.5 Suggestions

Il est évident que, vu l'évolution actuelle des sociétés traditionnelles, la crise sociale et le contexte économique mondial fondé sur la globalisation, le principe de l'assurance maladie reste incontournable. On pourrait donc suggérer la vulgarisation de l'assurance maladie en fixant une part contributive accessible à une plus grande partie de la population. Mais les contraintes d'une lourde gestion sociale sont incompatibles avec le fonctionnement des assurances guidé par le souci du gain. Sans doute, cette forme d'assurance reste plus utile à une certaine couche sociale à couvrir. Il y a lieu d'envisager la mise à disposition de la société tout entière d'une large gamme de produits dont la mutualité comme solution de sécurisation de la couverture des soins pour les populations à faible pouvoir d'achat.

La mutualité est considérée comme un mouvement social facultatif de solidarité et de prévoyance. Le creuset institutionnel qui le gère est sans but lucratif. Elle est applicable à quelques limites près aux personnes de faible niveau de vie. Une mutuelle de santé est aussi association facultative dont la base de fonctionnement est la prévoyance et la solidarité entre les biens portants et les malades.

Les principes de bases de la mutualité sont :

- solidarité prévoyance
- autonomie et liberté
- épanouissement de la personne
- but non-lucratif
- responsabilité
- dynamique sociale –mouvement social

2.6 Conclusion

Le niveau de couverture sanitaire des populations en matière de soins de qualité est très bas et interpelle les autorités, les cadres du pays et les communautés.

Un effort commun d'organisation des communautés à l'utilisation des principes de mutualité dans le domaine de la santé est indispensable de la part des autorités socio-sanitaires et des partenaires au développement.

C'est à ce prix que nous pouvons contribuer à la réduction très sensible de la morbidité et de la mortalité encore trop élevée dans notre pays.

**3- COMMUNICATION DES EXPERIENCES DES PROMOTEURS
DE STRATEGIES DE SECURISATION DE L'ACCES AUX SOINS**

3.1 PROJET MUTUELLES DE SANTE – CIDR (Centre International de Développement et de Recherche)

3.1.1 Historique du projet

Initialement, le projet est né du constat au niveau de l'hôpital de Boko, de l'existence d'une forte exclusion saisonnière en période de soudure parmi la population paysanne. Une étude a confirmé cet état de fait. La mutuelle a été proposée comme une possibilité de prévenir ces exclusions. Une étude d'opportunité et de faisabilité a été réalisée. Cette étude comporte plusieurs volets :

3.1.2- La sélection des zones :

Condition 1 : il doit exister une offre de soins d'un certain niveau de qualité et utilisée par les populations.

Condition 2 : la zone d'intervention présente un bassin de population suffisamment important.

Condition 3 : il existe une dynamique sociale permettant la mobilisation des populations.

3.1.3- Analyse de l'offre de soins-

La Perception de l'offre de soins par les populations et comportement de recours - perception par la population du risque lié à la maladie et réponses face au risque - contexte économique et social des populations - perception du principe de prépaiement par la population et le personnel médical.

Les paysans au Nord de Parakou ont confirmé leur difficulté d'accès aux soins et ont précisé que ce sont les maladies graves et les accidents qui paupérissent le plus les familles.

3.1.4 - Quelques données chiffrées

* Exercice 2002-2003 : 23 mutuelles rurales et 1 mutuelle urbaine
Plus de 16 000 bénéficiaires – 22.000.000 Fcfa de cotisations

* Exercice 2001- 2002 : 20 mutuelles rurales
13 000 bénéficiaires = 1988 familles réparties dans 458 groupements.
16.000.000 Fcfa de cotisations – 15.000.000 de prestations maladies = 2203 cas.
Cotisation moyenne = 1458 Fcfa par personne par an.

3.1.5 Fonctionnement des mutuelles :

Les groupements mutualistes :

En premier lieu, il y a la constitution de groupements de proximité et de confiance, qui élisent leurs propres représentants selon des modalités définies par eux.

Ils ont deux types de tâches :

- enregistrement des familles et collecte des cotisations
- participation au conseil de la mutuelle

La mutuelle : 3 organes

Le niveau de l'arrondissement est aujourd'hui le niveau de la mutualisation des risques et de gestion des fonds ainsi que le niveau décisionnel puisque c'est au niveau de chaque arrondissement qu'il existe une mutuelle dont la gouvernance est assurée par le conseil.

Les conseils sont composés des représentants des groupements mutualistes et sont les véritables lieu et moment où s'exerce le pouvoir décisionnel des mutualistes.

Ces conseils élisent un bureau composé d'un président et de deux secrétaires dont les fonctions sont exécutives. Ils choisissent également un contrôleur interne dont la mission consiste à contrôler la conformité des actions du bureau avec les décisions du bureau, les procédures ainsi que de contrôler la trésorerie ; Il doit faire ses rapports au conseil.

Les intermutuelles.

Les mutuelles se sont groupées par « zone », c'est à dire autour d'un hôpital de référence, pour constituer des « intermutuelles » qui sont des réunions

qui permettent d'échanger et de régler des difficultés notamment avec les hôpitaux. Elles ont également la gestion d'un fonds de garantie abondé à part égale par les mutuelles (2.5% des cotisations de l'exercice) et par le projet. Ce fonds permet de soutenir les mutuelles en difficulté financière passagère (relais de trésorerie sous forme de prêt à taux zéro). L'octroi de ce prêt est soumis à condition préalable : audit obligatoire de la mutuelle constatant l'absence de détournement ; Ensuite il peut s'accompagner de la condition d'appliquer des mesures de redressement.

3.1.6 L'association des mutuelles : le réseau « ALLIANCE-SANTE »

Les mutuelles ont rédigé une charte et se sont constituées en association loi 1901. Par cette action, elles se dotent d'un organe leur permettant de bénéficier des attributs de la personnalité juridique, de pouvoir être représentées auprès des institutions et des partenaires. L'association est financée par 2% des cotisations de l'exercice.

3.1.7 Points forts / points faibles

*** Points positifs :**

- Le réseau ne cesse d'augmenter en nombres d'adhérents et de bénéficiaires.
- Le réseau se structure de plus en plus : le sentiment d'appartenance au réseau est de plus en plus perçu et les mutualistes se sont doté d'un organe de représentation.
- La compétence des responsables s'accroît.
- Il n'y a pas de dérive des frais de gestion.

*** Points à améliorer :**

- La taille des mutuelles reste faible ;
- Le taux de pénétration est faible également ;
- Les dépenses maladies ne sont pas assez maîtrisées ;
- La collaboration entre les mutuelles et les formations sanitaires est à améliorer ;
- Le système de garantie est à consolider.

La taille des mutuelles étant réduite, la mutualisation du risque n'est pas assez performante.

Le taux de pénétration faible est dû à une faible fidélisation des mutualistes pour deux raisons : le niveau et la précarité des revenus. Le niveau des revenus fait que toute dépense non prévue comme une cérémonie met en cause les projets. La précarité des revenus : tout retard dans le paiement du coton ou la mévente des anacardes oblige le paysan à s'endetter à des taux d'usure tels que quand ses revenus lui sont octroyés, il n'est plus en mesure de faire face aux dépenses qu'il avait projeté.

Les dépenses maladies ne sont pas assez maîtrisées et sont essentiellement la cause des déficits des mutuelles. Les fréquences ainsi que les coûts des prises en charge ont beaucoup augmenté depuis deux ans. Les fréquences sont dues à deux raisons : les mutualistes prennent l'habitude de se soigner mais aussi les fraudes sont de plus en plus nombreuses pour faire prendre en charge des soins non prévus par les garanties.

Les coûts sont dus à l'augmentation des tarifs mais aussi aux surprescriptions.

Par rapport à ces problèmes cruciaux pour la viabilité financière, les mutuelles contractualisent avec les formations sanitaires.

Ces accords visent à améliorer la collaboration avec les formations sanitaires car il existe des comportements de la part des agents de santé qui découragent les mutualistes et des comportements des mutualistes qui découragent les agents de santé. D'autres fois, ils sont en connivence pour réaliser les fraudes au détriment de la mutuelle mais aussi de la formation sanitaire.

Le fonds de garantie doit être consolidé pour alléger le remboursement des prêts qui sont actuellement remboursables en totalité dès l'exercice suivant, ce qui ne laisse pas le temps à la mutuelle de se consolider.

3.1.8 Attente vis à vis de l'Etat (Ministère de la santé publique.)

Selon notre expérience, l'Etat ne saurait diffuser lui-même un modèle de mutuelles parce que une telle opération serait coûteuse et sans doute peu performante. De plus il est logique et souhaitable que la société civile gère les ressources qu'elle génère pour assurer son accès aux soins. Dans ce cadre, l'Etat, lui assure l'accès aux soins par l'existence et la permanence des soins mis à la disposition de la population. Il lui appartient de fournir des soins de qualité

et c'est précisément sur cette responsabilité que se situe son rôle, notamment celui du Ministère de la santé publique. Par ses objectifs, par son positionnement (définition de la politique et des priorités nationales en matière de santé), son rôle (tutelle des formations sanitaires), le ministère est l'acteur incontournable pour développer les mutuelles.

En effet, le développement des mutuelles passe par le co-développement des formations sanitaires et l'instauration d'un partenariat entre les mutuelles et les formations sanitaires. Cette collaboration nécessite de mener des actions de changement pour améliorer la qualité des soins, qui ne peuvent se réaliser sans l'affirmation d'une volonté politique.

Son deuxième champ d'intervention relève de sa compétence en matière législative : l'Etat doit favoriser le développement des mutuelles en définissant un cadre législatif et réglementaire adapté. Pour ce faire, il peut être le pilote d'une concertation des mutualistes et des promoteurs des mutuelles du Bénin pour l'élaboration d'un Code de la mutualité béninois.

*Appui à la promotion des mutuelles :

Le ministère, par l'intermédiaire des DDS, pourrait demander à ses agents de faire systématiquement l'information des patients sur l'existence de la mutuelle lors des consultations. Ce pourrait être une action de promotion de la mutuelle efficace peu coûteuse en temps car il s'agirait juste de donner les grandes lignes (prises en charges contre cotisations, garanties couvertes et personnes à contacter).

*Appui à la contractualisation :

Les mutuelles passent des accords avec les formations sanitaires. Il serait bon que les DDS suivent les accords. Une réunion semestrielle ou annuelle permettrait de faire le point : les accords signés, les accords à réviser, les problèmes rencontrés, les solutions trouvées.

3.2. La MUSANT et le développement des mutuelles à base communautaire

L'expérience de la Musant tend à rechercher une péréquation en associant selon le cas, des principes d'assurance maladie et de la mutualité dans le but d'obtenir une large couverture des différentes catégories sociales en vue de sécuriser davantage les populations à ressources limitées. Elle développe donc à ce niveau, en collaboration avec la Fondation pour l'Equité dans le Développement (FONDATION SERCINE) l'expérience de Mutuelle adaptable à

toutes les couches sociales avec la possibilité de résorption de cas d'indigence par le développement au niveau périphérique des "Fonds Communautaires de Sécurité en matière de Santé"(FCSS).

3.2.1 Résumé synoptique de l'expérience de la Musant

*** Orientation**

:mutuelle et couverture de risques maladie

*** stratégie:**

Développement de mutuelles de santé et de Stratégies de couverture de risques maladie ;

***Structure:**

Familles, groupes socio-professionnels, conseil de gestion,

***Zones d'intervention:**

Littoral et Atlantique, Couffo

***Partenaires locaux:**

Formations sanitaires, Pharmacies, Assureurs (partage de risques).

***Conditions d'accès:**

***Adhésion** : 2500cfa; cotisation 1000 Frs /mois (mutuelle), couverture risques (15000frs/mois/famille)

Résultats:

□3470 Adhérents, 232 couvertures

Cotisation : 33 millions

3.2.2 PERSPECTIVES :

La MUSANT a l'ambition de développer les mutuelles à base communautaire ; l'objectif général est de constituer un pool de mutualistes en nombre de plus en plus élevé pour un partage au quotient minimal possible du coût collectif lié aux risques de maladies et une assurance de sécurité sanitaire d'année en année renforcée.

3.3. Expérience de Bornfonden : mutuelle de santé

3.3.1- Introduction

Bornefonden est une association danoise de développement qui par le biais du parrainage personnalisé, œuvre pour le renforcement des capacités des familles et des communautés.

C' est dans ce cadre que les organes communautaires de gestion des activités sont mises en place. Dans un souci de décentralisation, 23 centres sont actuellement installés gérés chacun par un organe communautaire appelé comité des parents d'enfants. Ce comité gère la mise en œuvre des activités de développement transversal de la communauté. La santé demeure une préoccupation majeure et explique la mise en place d'une mutuelle de santé dans les 20 premiers centres installés par Bornfonden.

3.3.2- Historique

La mise en place des mutuelles a été faite en 5 étapes

*** 1^{ère} étape**

Bornefonden a amené les familles à se rendre compte de la nécessité de se faire soigner dans un centre approprié en cas de Maladie (Naissance de la nécessité de se faire soigner quand on est malade).

Action : Bornfonden supporte les factures médicales dans une proportion de 50%. La seconde moitié étant supportée par les familles.

*** 2^{ème} étape**

Les familles cotisent 2400 Frs / an / famille; le remboursement se fait sans ticket modérateur : donc 100% et Bornefonden appuie le budget de la mutuelle à 50% des cotisations.

*** 3^{ème} étape**

Les familles cotisent 3000F / an / famille ; le ticket modérateur est de 15%. Bornefonden appuie le budget à 30%.

*** 4^{ème} étape**

Les familles cotisent 3600F / an / famille ; le ticket modérateur est de 20%. Bornefonden appui à 20%
Jusque là, la gestion du budget de santé est faite par le comité des d'enfants.

* 5^{ème} étape

Conscient du fait que le principe est acquis, Bornefonden se désengage complètement.

Le comité des Parents d'enfants suscite une Assemblée Générale pour la mise en place d'un comité préparatoire qui sera chargé d'élaborer les documents Juridiques et réglementaires. Ainsi il a été convoqué une Assemblée Générale Constitutive qui a abouti à la mise en place des autres organes de gestion de la mutuelle ; il s'agit du conseil d'administration, du Bureau Exécutif et du comité de surveillance de la future mutuelle de Santé.

A partir de cet instant, les mutuelles sont devenues autonomes où Bornefonden n'intervient plus pratiquement.
La cotisation des membres varie selon les centres entre 4200F et 5000F / famille / an.

Il y a quelques mutuelles qui ont institué une cotisation entre 1000F et 1200F / bénéficiaire / an.

3.3.3 Avantages. et inconvénients

* Avantages

- Les mutuelles sont autonomes et autogérées.
- Il y a une réelle fréquentation des Centres de Santé.
- La Santé des familles s'est améliorée.
- L'engouement des familles pour cotiser et se faire soigner les amènes à réclamer de la part de Bornefonden plus d'activités génératrices de revenus pour renforcer leurs capacités financières.
- Augmentation de la fréquentation des centres de Santé.

*Inconvénients / faiblesses.

- Le taux de participation n'est pas encore total dans tous les centres ; il est parfois de 70% dans certains Centres.
- Il existe des possibilités de fraudes qui sont rapidement découragées par les organes de gestion des mutuelles.

Perspectives

Certaines mutuelles ont pour objectif de maîtriser le circuit de santé pour assurer une bonne santé aux mutualistes.

D'autres ont pour objectif de mettre en place des centres de santé là où il y en manque et où le besoin se fait sentir.

3.4. Mutuelle de Sécurité Sociale de Cotonou et environs **(prévoyance solidarité et entraide)**

3.4.1 Introduction

Il est aisé de constater que dans notre pays seuls les travailleurs du secteur formel bénéficient d'une prise en charge en cas de maladie non seulement pour eux-mêmes mais aussi et surtout pour leurs proches et d'une retraite à la fin de leur carrière. Or ceux-ci ne représentent que 15% de la population totale ; les 85% restant ne bénéficient d'aucun avantage social assuré par les régimes de sécurité sociale en place. C'est pourquoi, afin de pouvoir satisfaire aux besoins spécifiques en matière de sécurité sociale de toutes les couches défavorisées que l'Etat béninois en collaboration avec les différentes associations professionnelles (d'artisans, d'artistes, d'agriculteurs, des pêcheurs, d'éleveurs, de commerçants) et avec l'appui du BIT et de la coopération belge a institué cette structure nommée Mutuelle de Sécurité Sociale pour le secteur informel."

3.4.2 Objectifs

La Mutuelle se propose de mener dans l'intérêt de ses affiliés et de leur famille des actions de prévoyance, de solidarités et d'entraide dans les domaines ci-après :

- . Assurance Vieillesse ;

- Assurance Maladie et
- Toutes autres prestations à instituer par le conseil d'administration après avis de l'Assemblée générale.

3.4.3 Prestations

Assurance Vieillesse ; elle comporte trois prestations :

- La pension normale de vieillesse ; pour bénéficier de cette prestation, il faut : cotiser pendant 180 mois c'est-à-dire 15 ans et à avoir 60 ans ; toutefois les personnes âgées de plus de 50 ans à la date d'ouverture de la mutuelle, peuvent dans un délai de trois mois demander leur affiliation et bénéficier d'une pension minimale après 10 ans de cotisation. Au delà de la durée minimum qui est de 15 ans, chaque année supplémentaire donne droit à 10% de la prestation de base.

3.4.4 La pension d'invalidité

Pour bénéficier de cette pension, il faut :

- * avoir cotiser pendant au moins 5 ans ;
- * être invalide c'est-à-dire souffrir d'une maladie d'origine professionnelle ou non ;
- * que cette maladie entraîne la réduction de vos facultés physiques ou mentales (adhérents) ;
- * que cette réduction vous rende incapable de gagner plus du tiers du revenu qu'un travailleur indépendant ayant la même formation, peut se procurer par son travail.

3.4.5 La pension de survivant :

Pour bénéficier de cette pension, il faut :

- être parmi les survivants liés à un adhérent, qui à la date de son décès remplissait les conditions requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse normale ou d'une pension d'invalidité.

NB : les travailleurs indépendants déjà assujettis à un régime de sécurité sociale en qualité de travailleurs salariés, fonctionnaires ou d'agents contractuels peuvent être autorisés à s'assurer à la Mutuelle qu'en matière de pension de vieillesse.

3.4.6 Assurance maladie :

Seuls les adhérents en associations ou groupement d'hommes et de femmes de métier libéral reconnus par les autorités administratives compétentes peuvent bénéficier de cette prestation ; c'est-à-dire d'une prise en charge en cas de maladie. A cet effet, le montant de cotisation mensuelle est de 2000F CFA pour une famille de 4 personnes. Ce taux est majoré de 25% par personne supplémentaire. Les adhérents individuels peuvent bénéficier de cette prestation après étude d'un dossier adressé au conseil d'administration. Dans ce cas, le moment de la cotisation mensuelle est de 1000F par adulte et de 500F par enfant âgé de 21 ans au plus.

3.4.7 Adhésion

Peuvent adhérer à la Mutuelle ;

- les membres honoraires ; qui sont les gouvernementales ou non qui payent une cotisation, une subvention, qui font des dons ou qui par des services équivalents, contribuent à la prospérité de la Mutuelle sans participer à ses avantages.
- Les membres participants, qui sont, toutes associations, organisations ou groupements d'hommes et de femmes de métier ou de profession libérale qui, en échange.

3.5. Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (PROMUSAF)

3.5.1 Historique

Le PROMUSF est né des cendres du BIT ACOPAM qui travaillait depuis vingt ans dans le Sahel et qui a cessé ses activités.

Le BIT- STEP, le WSM ; le ANMC ont mis en place un Programme conjoint : le PROMUSAF qui a démarré ses activités en 1999.

3.5.2 Objectif global

Le Programme vise à permettre aux populations marginalisées d'accéder à un meilleur état de santé en favorisant l'accès des soins de santé de qualité par la mise sur pieds de mutuelles de santé efficace.

Activités du Programme

- Formation
- Information et sensibilisation
- Concertation et échange d'expérience
- Synergie entre la santé et amélioration de revenu (appui aux activités génératrices de revenu par des micro - crédits

3.5.3 Stratégie d'intervention

Appui direct sur le terrain à la mise en place de mutuelles de santé aux côtés des opérateurs d'appui et des organisations locales partenaires.

Zones d'intervention

Le Programme couvre le territoire national.

3.5.3 Attentes vis à vis de l'Etat

- Informer et former les prestataires de soins publics en vue de leur adhésion au processus de mobilisation de ressources.
- Entreprendre une réflexion sur la réglementation du secteur.
- Initier la réflexion sur la gestion de la tutelle des mutuelles de santé.

3.6 Association pour le Développement de la mutualité agricole au Bénin (ADMAB)

3.6.1 Historique

Depuis 1997, l'ADMAB est opérateur d'appui dans la mise en place en zone rural de mutuelles de santé en partenariat avec des centres de santé privés ou publics. L'ADMAB est un consortium de :

- France- Bénin- Vendée
- Mutualité Sociale Agricole de France
- Pharmaciens sans frontières
- AiCDEB (représentation de France- Bénin à Cotonou.

3.6.2 Objectif général

Faciliter l'accès des populations à des soins de qualité.

Stratégie d'intervention

Le développement de la mutualité agricole de santé au Bénin est basé sur la démarche MSA, c'est à dire un système dont les populations sont acteurs c'est à dire, gérant elles même leur cotisation et prestations.

3.6.3 Les prestations couvertes par la mutuelle

- Consultations adultes et enfants
- Consultations pré et post natal
- Accouchement eutocique
- Vaccinations
- Petite chirurgie
- Hospitalisation
- Examens de laboratoire courant
- Evacuation sanitaire en fonction des choix des adhérents.

3.7 Stratégies et Technique contre l'exclusion sociale et la Pauvreté (BIT /STEP)

3.7.1 Présentation sommaire

Le Programme de Stratégies et Technique contre l'exclusion sociale et la Pauvreté (BIT /STEP) est financé par la Belgique ; le Portugal ; la France ; l'UNF et lu PNUD.

Ce Programme est axé essentiellement sur la Micro Assurance Santé (MAS) pour les femmes et leurs familles.

3.7.2 Quatre principaux objectifs

- Renforcer les capacités des femmes et leurs besoins de santé et de négociation avec les partenaires.
- Appuyer les organisations de femmes dans la mise en place et la gestion de systèmes Micro-Assurance - Santé (MAS).
- Mener un plaidoyer auprès des décideurs, prestataires de soins, ONG et Institutions de coopération internationale.
- Dynamiser/ créer des réseaux d'échange et de partage d'expériences entre acteurs impliqués dans le développement des MAS.

3.7.3 Stratégie et axes d'intervention

Appui aux organisations de base sous forme de formations/appui- conseil étude de faisabilité, plaidoyer (promotion diffusion, publication concertation)

3.7.4 Activités en cours au Bénin

- Mise en place de mutuelles de santé avec ONG GROPERE
- Mise en place d'un système de micro assurance santé (MAS) avec AssEF/ Cotonou et banlieue.
- Mise en place d'un système de micro assurance santé avec le PEFAB/ Cotonou- Allada-Bohicon

3.7.5 Difficultés

- Qualité des services dans les formations sanitaires publiques ;
- Coûts élevés des soins par rapport à la capacité contributive des ménages
- Mode de payement des soins (tarification à l'acte) non adapté aux MAS
- Faible revenu des ménages
- Sous information des populations et prestataires de soins sur les MAS
- Absence de plate forme d'échange entre acteurs de développement des MAS

4. RESTITUTION DES TRAVAUX EN ATELIER

Travaux en ateliers

Quatre thèmes ont servi de toile de fond de discussions pour les ateliers.
Résultats des travaux de groupes.

Groupe 1

Thème n°1 : typologie des systèmes de financement
de la santé au Bénin: avantages et inconvénients.

4.1 Résultats

SYSTEME	CARACTERISTIQUES	AVANTAGES	INCONVENIENTS
Mutuelle de santé	- but non lucratif	- Utilisation des centres modernes de santé	• Surconsommation des soins

	<ul style="list-style-type: none"> - autonomie - démocratie - solidarité - prévoyance - adhésion volontaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Accès permanent aux soins de santé - Participation des bénéficiaires instances de décisions - Prestation non dépendante de la cotisation - Forces de pression - S'adapter au contexte local. - Amélioration de la qualité des soins par l'intermédiaire des contrats - Pas d'ingérence extérieure (Etat, politiciens...) 	<p>démunis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le risque de désengagement de l'état • Limitation du paquet de soins • Diversification des prestations de soins • Système de bénévolat • Recours limité uniquement aux prestataires des soins conventionnés.
- Pré-paiement	<ul style="list-style-type: none"> - Prévoyance - Volontariat - Individuel - L'argent est géré par la prestation 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Amélioration de l'accès aux soins 2- Gestion légère 3- Choix individuel de prestation 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestations limitées aux ressources individuelles - Faible influence sur la qualité des soins.

STRUCTURES	CARACTERISTIQUES	AVANTAGES	INCONVENIENTS
Assurance commerciale	<ul style="list-style-type: none"> 1- but lucratif 2- primes calculés en fonction du risque individuel 3- pas de bénévolat 4- adhésion volontaire 5- prévoyance 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Large prise en charge 2- Le choix du prestataire diversifié 3- Choix individuel du paquet de soins 4- Gestion professionnalisée 5- Produits attractifs 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Exclusion des démunis 2- Souscripteur non impliqué dans la prise de décision 3- Solidarité minimale 4- Conditions restrictives pour les personnes présentant un risque maladie élevé 5- Tendance des souscripteurs à la fraude pour bénéficier des remboursements
Assurance maladie obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place par l'Etat - But non lucratif - Caractère obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Contribution de l'Etat au recouvrement des coûts - Cotisation proportionnelle aux salaires mais prestations identiques pour tous (solidarité entre mieux payé et moins payés) - Participation des bénéficiaires aux instances de décision 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Exclusion du secteur non formel 2- Couverture limitée à la famille nucléaire 3- Gestion lourde

<p>Epargne santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Individuel - Volontaire - Prévoyance 	<ul style="list-style-type: none"> - Choix individuel de prestataire - Possibilité de disposition d'argent pour se soigner en cas de besoin 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitation dans les soins car épargne disponible ou crédit fonction du montant épargné - Remboursement du crédit après les soins - Pas de solidarité entre les membres - Impossible de s'assurer au départ du paquet de soins dont on peut bénéficier car cela dépend du montant épargné - Tendence à utiliser l'épargne pour autre chose ou à résilier en cas de non-utilisation
----------------------	--	---	---

Groupe 2

Thème n°2: Mécanisme de financement assurance maladie adapté au contexte socio-économique et culturel du Bénin.
Modalités de mise en œuvre Mode de gestion

4.2 Résultats :

4.2.1 Différents modes de financement

- Les cotisations individuelles / familiales
- Les cotisations des groupements villageois
- Fonds de garantie
- Subventions de l'Etat (par exp.fonds alloués aux indigents)
- Fonds d'accompagnement (indispensable au début de la mise en place d'une mutuelle)

4.2.2 Etapes et modalités de mise en œuvre :

- Etude du milieu/ Diagnostic du groupe cible
- Rechercher des barrières socio- culturelles du milieu
- Analyse du milieu et étude du faisabilité

4.2.3 Stratégie de mise en œuvre :

- Sensibilisation
- La participation communautaire
- Financement par étape suivant les besoins
- Plaidoyer (auprès des personnes ressources, décideurs, autorités locales)
- Financement des formations sanitaires (agents de santé et mutualistes)
- Institution de primes d'encouragement ou autres moyens de motivation des agents de santé
- Mise en place d'un fonds de réassurance

4.2.4 Mode de gestion :

- Elaborer contrat de collaboration entre mutuelle de santé et MS P
- Mettre en place un fonds de garantie national.
- Elaborer et mettre en œuvre un programme d'appui aux mutuelles en collaboration avec les opérateurs des mutuelles de santé et les ministères concernés.
- Mettre en place un mécanisme de suivi dudit programme.
- Mettre en place un fonds pour la prise en charge des indigents et former les mutuelles pour l'identification de ces indigents et pour l'élaboration d'un dossier pour appel de fonds
 - Elaborer un contrat de collaboration entre le Ministère et les Opérateurs de mutuelles.
 - Production d'un programme d'activité par l'opérateur de mutuelles pour appel de fonds.
 - Mettre en place un mécanisme de suivi de l'utilisation des fonds.

Groupe n°3

Thème n° 3 : Cadre réglementaire et institutionnel des mutuelles de santé et démarche de contractualisation entre mutuelles/prestataires

4.3 Résultats

4.3.1 Constats

- absence de textes : vide juridique
- recours à la loi de 1901 : statut associatif

d'où :

nécessité d'un cadre juridique concerté le mieux adapté au contexte des mutuelles de santé.

4.3.2 Processus de concertation

Acteurs :

Comité interministériel(MSP-MISD- MFPSS- MFPTRA)

Mutuelles

Promoteurs

Autres acteurs selon besoin

4.3.3 Engagements de la formation sanitaire

- bon accueil (délai d'attente minimum, prise en charge)
- disponibilité (personnel, médicaments)
- respect des ordinogrammes (soins de qualité)
- continuité des services
- respect des procédures et remplissage des outils de prise en charge

4.3.4 Engagement de la mutuelle

- Respect des décisions thérapeutiques
- Pas de pression de mutualistes
- Responsabilisation pour un bon comportement

4.3.5 Engagement partagé

- Tarif et mode de paiement
- Date d'effet

4.3.6 Code de la mutualité

- personnalité juridique
- normes- droits et obligations- définition de la mutualité

4.3.7 Contractualisation

Définition

*contrat : engagement qui lie deux ou des partenaires autonomes engagés avec des droits et des obligations réciproques.

* Eléments à prendre en compte dans un contrat

- objet de la convention clairement défini
- définition des services offerts par les deux partenaires
- la durée
- processus administratif : suivi, révision, résiliation, arbitrage
- les engagements de la formation sanitaire et de la mutuelle sont partagés

Groupe n°4

Thème n°4 : Conditions de pérennisation des stratégies de partage de coûts des soins et mécanisme de mise en application des acquis de l'atelier.

4.4 Résultats

4.4.1 Conditions de pérennisation

- Création d'une plate forme d'échanges et de concertation entre les différents promoteurs des mutuelles de santé.
- Mise en place d'un mécanisme de motivation des dirigeants des mutuelles de santé.
- La systématisation de la réalisation des études de faisabilité avant la mise en place d'une mutuelle santé. A cet effet, mettre à contribution des experts en la matière pour déterminer avec les organisations communautaires le système le plus approprié.
- Création d'organisation faîtière représentative des organisations à la base dotée d'une personnalité juridique.
- Introduction de plus de flexibilité dans le mode de collecte des cotisations.
- Exploration de toutes les modalités de paiements des prestations autres que la tarification à acte (forfait, capitation, franchise etc.)
- Mise en place d'un cadre d'échange entre les prestataires de soins et les leaders des mutuelles de santé.
- Prévision d'un fonds de garanti.

4.4.2 Mécanisme de mise en application des acquis de l'atelier

- Mettre en place d'un comité de suivi chargé de la mise en œuvre des acquis et recommandations de l'atelier d'Abomey.

5. Débats d'orientation et recommandations

A la lumière des différends exposés présentés et des débats, les grandes orientations et recommandations ci après ont été formulées comme suit :

- Dynamiser le mode de mobilisation de ressources le mieux connu au Bénin et le mieux accepté par les populations à la base : **la mutuelle de santé**, et ce, à travers un bon accueil, une disponibilité permanente du personnel ; des médicaments ; et des soins de qualité dans les formations sanitaires publiques.
- Susciter la création de nouvelles mutuelles de santé.
- Elaborer des textes de lois qui définissent clairement le cadre de collaboration des mutualistes et des agents de santé (contrat).
- Résoudre l'importante question de la tutelle des mutuelles de santé.
- Définir le statut juridique devant réglementer et régir l'existence, et le fonctionnement des mutuelles de santé au Bénin.
- Organiser dans un bref délai un atelier pour élucider les questions relatives au cadre institutionnel des mutuelles de santé au Bénin.
- Créer un fonds d'accompagnements des mutuelles naissantes et un fonds de réassurance qui sera financé par les mutuelles de santé et une subvention de l'Etat en vue d'assurer la viabilité financière des mutuelles de santé d'une part et de prendre en charge les personnes indigentes d'autre part.

ANNEXES

LISTE DES PARTICIPANTS

N°	Nom et Prénoms	Structure	Adresse
1	PELTIER Nelly	CIDR-PMS Projet Mutuelle de Santé	BP 584 tel 610863
2	SABI GANI Moïse	Réseau "Alliance Santé" Projet Mutuelle Santé	BP 584
3	BIAOU Mohamed	Réseau "Alliance Santé" Projet Mutuelle Santé	BP 584
4	SONON Tchéhouéa	MSSC/PCA	Cotonou 014910
5	AFFO MASSI M. OUALI Alice	DNPS/SSC	Cotonou 33 66 79
6	OUIN-OURO Germain	Cabinet MSP	01bp 882 Cotonou tel 033601
7	KADJA K. A. Constant	PROMUSAF	Cotonou 92 71 18
8	YEVIDE Dorothée	DNPS/MSP	Cotonou 33-66-79
9	LAFIA Adamou	MSS/PARAKOU	Parakou 94-41-47
10	TOHI Mercy	BIT/STE P	01 BP 4853 TEL 31-01-76 COTONOU
11	JUSTIN Tine	BIT/STEP	01bp4853 Cotonou tel 31 01 76
12	BELEC Michel	Coopération française	01bp 476 Cotonou tél. 312154
13	HOUNSA H. François	CADES/MSP	31 81 78 Cotonou
14	AFANOU Mesmin Caou	CTAQS/MSP	08 BP1782 Cotonou
15	Dr CAPO-CHICHI Servais	MUSANT	03 BP 3434 Cotonou tel 06 09 92 30 62 74
16	ZODJIN Antoine Prosper	MUSANT	90 66 35/30 62 74 04bp951 Cotonou
17	ABIBATA Dramane	MSS PARAKOU	TEL 612632 02 BP66 Parakou

18	FANOUE Raymond	MSS Centre	401 Born Fonden Doutou / Houegogbe
19	AKPLOGAN Victor	Born Fonden	Cotonou
20	ADJAGODO Félicité	DDEPSS2	Abomey tel 501319
21	ASSOGBA A. Laurent	SESS/DNPS	Cotonou
22	MOUSTAPHA Marouf	DNPS/MSR	Cotonou
23	HOUNTONDI Léandre	DDSP / Zou – Collines	Abomey
24	TESSY Victoire	DNPS / MSP	33 66 79 Cotonou
25	DEGLA D. Eugène	DSIO/MSP	Cotonou
26	DOKO Olga Marie	DSF/MSP	Cotonou tel 332021
27	BASSABI Adama	DDSP/Zou	Abomey
28	SEIBOU Ibrahim	DDSP/Zou –Collines	Abomey
29	DOSSOU-TOGBE Pascal	SG/MSP	Cotonou
30	FOUNDHOUE Joseph	DIVI/MSP	Cotonou
31	YACOUBOU Ismail	CIDR/PMS	PARAKOU
32	d'ALMEIDA Lydia	DNPS/MSL	COTONOU
33	AYI D. A. Marcelline	SSC/DNPS	COTONOU
34	ADJIN Anicet	CTJ/MSP	COTONOU
35	AMOUSSOU Robert	SMC/MSP	COTONOU
36	KOKOYE Olga	CTJ/MSP	COTONOU TEL 022992
37	AQUEREBURU Stéphanie	DPP/MSP	COTONOU

38	YAHOUEDEOU Félix	DNPS/MSP	COTONOU 031869
39	CHOKKI Félicité	DHAB/MSP	COTONOU 339720/330401
40	PADONOU Victor	DPP/MSP	COTONOU
41	KOUTOU Machoud	CIDR/PMS	PARAKOU
42	LOKO Joseph	ADMAS	COTONOU
43	MICHEL Dominique	ADMAS	COTONOU tél. 301044/030004

4 PROGRAMME DE TRAVAIL:

JOURNEE DU 12 DECEMBRE 2002

7h30 – 8h30 Arrivée et installation des participants

8h30 – 9h00 Présentation des participants

9h00 – 9h30 Allocution de bienvenue du DDSP zou/collines

9h30 – 10h00 Allocution d'ouverture du représentant du MSP

10h00- 10h15 Mise en place du Présidium

10h15- 10h30 Pause café

10h30- 11h00 Présentation de la problématique des mutuelles de santé au BENIN par Dr Marcellin AYI du MSP

11H00- 13H00 Présentation suivi de débats des expériences des promoteurs des mutuelles de santé.

- CIDR de Parakou
- ADMAB
- BIT - STEP
- MUSANT
- BORNFONDEN
- PROMULSAF
- Mutuelles de Sécurité Sociale de Cotonou

13h00- 15h00 Pause déjeuner

15h00- 19h00 Travaux en atelier

JOURNEE DU 13 DECEMBRE 2002

8H30 - 10H00 Travaux en atelier

10h00 – 10h30 Pause café

10h30 – 12h30 Plénière

12h30 – 14h30 Pause déjeuner

14h30 – 15h00 Lecture et amendement du rapport de l'atelier

15h00 – 15h30 Allocution de clôture de l'atelier par le Représentant du MSP

15h30 – 16h00 Pause café et départ des participants.