

République du Bénin

Ministère de la Santé

Secrétariat Général du Ministère

Direction Nationale de la Protection Sanitaire

PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE 2009-2013



Mai 2008

SOMMAIRE

	Avant propos	ii
	Sigles et abréviations	iii
I.	Introduction	01
II.	Contexte	02
2.1.	Contexte général	02
2.2.	Système de santé, système de protection sociale et accessibilité aux soins	03
III.	Diagnostic de la mutualité dans le secteur de la santé	05
3.1.	Situation des mutuelles de santé	05
3.1.1.	Vue d'ensemble	05
3.1.2.	Caractéristiques fondamentales des mutuelles de santé	06
3.1.2.1.	Structuration et modalités d'organisation	06
3.1.2.2.	Fonctionnalité des organes des mutuelles de santé	07
3.1.2.3.	Mécanismes de collecte des cotisations	08
3.1.2.4.	Paquets de bénéficiaires et risques couverts	08
3.1.2.5.	Relations entre mutuelles de santé et prestataires de soins	08
3.1.3.	Performances des mutuelles de santé	09
3.1.3.1.	Adhésion aux mutuelles de santé	09
3.1.3.2.	Performances financières	09
3.1.3.3.	Contribution aux objectifs du système de santé	10
IV.	Promotion des mutuelles de santé	11
4.1.	Cadre juridique et institutionnel d'appui	11
4.2.	Partenariats et promotion des mutuelles de santé	12
4.2.1.	Auto-encadrement et réseaux des mutuelles de santé	12
4.2.2.	Emergence de schémas de partenariats locaux	13
4.3.	Structures d'appui aux mutuelles de santé	14
4.3.1.	Structures d'appui	14
4.3.2.	Modes d'intervention	15
4.3.3.	Cadre de concertation	16
V.	Leçons pour les interventions futures	17
5.1.	Leçons apprises	17
5.2.	Contraintes et problèmes	18
5.2.1.	Fossés au niveau stratégique	18
5.2.2.	Fossés au niveau opérationnel	18
5.2.3.	Principaux défis et enjeux pour le futur	19
VI.	Objectifs et axes stratégiques d'intervention	19
6.1.	But	19
6.2.	Objectifs	20
6.3.	Stratégie générale et axes d'intervention	20
6.3.1.	Axe stratégique 1 : création d'un environnement favorable au développement des mutuelles de santé	22
6.3.2.	Axe stratégique 2 : création d'un environnement favorable	23
6.3.3.	Axe stratégique 3 : renforcement des capacités des mutuelles de santé	24
6.3.4.	Axe stratégique 4 : Renforcement des capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé	24
VII.	Activités	25
VIII.	Suivi-évaluation : matrices des objectifs, résultats attendus et indicateurs	30
IX.	Coûts estimatifs du plan stratégique de développement des mutuelles de santé	35
X.	Coûts estimatifs par axe stratégique	50

Sigles et abréviations

ADMAB	Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin
ANMC	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique
AssEF	Association d'Entraide des Femmes
BIT\ACOPAM	Bureau International du Travail/ Appui Associatif et Coopératif aux Initiatives de Développement à la Base
BIT/STEP	Bureau International du Travail /Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
BORNEfonden	Fondation Danoise pour les Enfants
CADEMU	Centre d'Appui au Développement des Mutuelles de Santé
CAO	Centre Africa Obota
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CNHU	Centre National Hospitalier Universitaire
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COGECS	Comité de Gestion des Centres de Santé
CONSAMUS	Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles de Santé
CREP	Caisse Rurale d'Epargne et de Crédit
CVEC	Caisse Villageoise d'Epargne et de Crédit
CVMSR	Caisse Villageoise de Mutualité Sociale Rurale
DDS	Direction Départementale de la Santé
DNSP	Direction Nationale de la Protection Sanitaire
EEZS	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
GROPERE,	Groupement pour la Promotion et l'Exploitation des Ressources de l'Environnement
IDH	Indicateur du développement humain
IPB	Institut de Participation du Bénin
IRSP	Institut Régional de Santé Publique
ISPEC	Institut Supérieur Panafricain d'Economie Coopérative
LD	Louvain Développement
MCA	Millenium Challenge Account
MAEP	Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche
MEPS	Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire
MFE	Ministère de la famille et de l'enfant
MTFPRA	Ministère du Travail de la Fonction publique et de la Réforme Administrative
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PBASSP	Projet Bénino – Allemand des Soins de Santé Primaires
PPTE	Pays Pauvre Très Endetté
PIB	Produit Intérieur Brut
PHRplus	Partners for Health Reform <i>plus</i>
PISAF	Projet Intégré de Santé Familiale au Bénin
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PROMUSAF	Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique
SCRP	Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SNIGS	Système Nationale d'Information et de Gestion Sanitaires
UEMOA.	Union Economique Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International

WSM

Solidarité Mondiale

ZS

Zone Sanitaire

I. INTRODUCTION

La mission du Ministère de la Santé du Bénin, qui est d' « améliorer les conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et les indigents », marque une volonté politique nette de prise en compte de la lutte contre la pauvreté et se décline en trois objectifs globaux qui sont de :

- Assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)
- Renforcer le partenariat pour la santé,
- Améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur.

Le document de « Politique et stratégies de développement du secteur santé 2007-2016 » vise l'atteinte de ces objectifs à travers les cinq domaines prioritaires d'intervention suivants:

1. prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins,
2. la valorisation des ressources humaines,
3. le renforcement du partenariat dans le secteur, la promotion de l'éthique et de la responsabilité médicale,
4. le mécanisme de financement du secteur,
5. le renforcement de la gestion du secteur.

Ces objectifs et axes d'intervention sont réaffirmés par le Gouvernement du Bénin dans le « Document de stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté (SCRCP) au Bénin 2007-2009 ».

Chacun des domaines du document de « Politique et stratégies de développement du secteur santé 2007-2016 » est divisé en programmes et sous-programmes, desquels découlent des objectifs, eux-mêmes déclinés en stratégies. L'examen du cadre de mise en œuvre de la politique sanitaire permet de procéder à deux constats importants:

- le développement des mutuelles de santé contribue à l'atteinte de chacun des trois objectifs globaux indiqués plus haut ;
- l'une des stratégies identifiées, par le Ministère de la Santé, est relative au développement des mutuelles de santé. Il s'agit de la stratégie qui consiste à « mettre en place un dispositif créatif transparent et performant de financement du secteur, impliquant tous les secteurs et toutes les parties prenantes (assurance maladies et mutuelles de santé ». Celle-ci relève du domaine n°4 intitulé « amélioration du financement du secteur ».

Pour matérialiser cette option forte en faveur du développement des mutuelles de santé, le Ministère de la Santé a adopté, depuis novembre 2003, un document de « Politique et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin » dont l'objectif global est de « mettre en place un système de prévoyance sociale pour la santé au Bénin », avec les objectifs spécifiques suivants :

- améliorer l'utilisation des services de santé,
- améliorer la participation communautaire,
- promouvoir les mécanismes de financement de type mutualiste.

Les stratégies retenues dans ce cadre sont :

- la participation communautaire,
- la formation,

- la contractualisation,
- l'élaboration d'une loi sur la mutualité,
- l'appui financier aux mutuelles de santé et autres systèmes d'assurance à but non lucratif,
- le renforcement des capacités des formations sanitaires.

Dans le souci de disposer d'un outil d'opérationnalisation de la politique et des stratégies de développement des mutuelles de santé, la Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles de Santé (CONSAMUS), dont le Ministère de la Santé est membre, a recommandé l'élaboration d'un plan stratégique de développement des mutuelles de santé. L'USAID dans le cadre de son assistance au gouvernement béninois, a apporté un appui technique et financier à la réalisation de cet objectif. Ainsi, des experts, qui ont appuyé des expériences similaires au Rwanda et au Sénégal, ont été commis pour accompagner techniquement le processus d'élaboration du plan stratégique de développement des mutuelles de santé.

La première phase de ce processus a consisté en un diagnostic qui a impliqué l'ensemble des promoteurs de mutuelles de santé, qui ont répondu à un questionnaire sur le nombre, l'âge, la taille, le type et les paramètres fondamentaux et les performances des mutuelles qu'ils encadrent, ainsi que sur leur contribution aux objectifs du système de santé et l'état des systèmes d'appui aux mutuelles. Une synthèse de ces contributions a été présentée à l'atelier national d'élaboration du plan stratégique qui a réuni pendant trois jours, à la fin du mois de novembre 2005, des responsables des niveaux central, intermédiaire et périphérique du Ministère de la Santé, des représentants d'autres ministères, des partenaires au développement, des représentants de mutuelles de santé, les promoteurs de mutuelles de santé et des prestataires de services de santé. L'atelier a amendé le diagnostic et défini les axes et sous- axes stratégiques du plan stratégique.

L'atelier de validation du plan stratégique, qui a réuni les mêmes participants au début du mois de janvier 2006, a permis d'obtenir un consensus sur les différentes composantes du plan stratégique : le but, les objectifs, les axes stratégiques, les sous- axes stratégiques et les activités.

Le plan stratégique présente d'abord, après le contexte, le diagnostic de la mutualité dans le secteur de la santé. Ce diagnostic est relatif, d'une part, à la situation des mutuelles de santé, en faisant le point de la situation d'ensemble, des caractéristiques fondamentales des mutuelles de santé et des performances des mutuelles de santé, d'autre part à la promotion des mutuelles de santé, en évoquant le cadre juridique et institutionnel d'appui, les partenariats pour la promotion des mutuelles et les structures d'appui aux mutuelles. Il indique, enfin, les leçons, atouts et défis pour les interventions futures. Le diagnostic est suivi de la présentation du but, des objectifs, de la stratégie générale et des axes d'intervention, des résultats attendus, et des activités. Une estimation des coûts du plan stratégique constitue le dernier chapitre du document. Le plan stratégique devra couvrir la période 2009-2013 et dont le cadre de mise en œuvre sera un programme d'appui au développement des mutuelles de santé au Bénin.

II CONTEXTE

2.1. Contexte général

Le Bénin, qui est situé entre le Burkina Faso et le Niger au Nord, le Nigeria à l'Est, l'Océan Atlantique au Sud et le Togo à l'Ouest, a une superficie de 112 622 km², pour une population de 7 millions d'habitants, avec un taux de croissance démographique de 2,6% par an (PNUD, 2005). Le PIB du Bénin, qui était de 4 milliards de francs en 2004, est formé à 36% par le secteur primaire, à 14% par le secteur secondaire et à 50% par le secteur tertiaire.

Le pays a connu un taux de croissance économique stable de 1999 à 2003, et qui a légèrement baissé à partir de 2004 du fait, notamment, de la crise de la filière cotonnière, principale source de devises du pays, et du fléchissement des activités du Port de Cotonou qui apporte à l'Etat près de 50% de ses recettes.

Le Bénin, qui figure en 162^{ème} position sur 177 pays, selon l'indicateur du développement humain (IDH) établi par le PNUD, a atteint en mars 2003 le point d'achèvement de l'initiative renforcée pour les pays très endettés, communément appelée « Initiative PPTTE », et bénéficie à ce titre des programmes de remises de dette de la Banque Mondiale et des mesures d'annulation de la dette initiées par les pays du Groupe des 8 (huit) pays les plus industrialisés du monde, le G 8. Le pays, qui jouit de l'appui de nombreux partenaires au développement et bailleurs bilatéraux et multilatéraux, est notamment éligible au programme du Millenium Challenge Account financé par les Etats-Unis d'Amérique. « Référentiel unique pour centrer les politiques nationales et les interventions de tous les partenaires au développement du Bénin sur l'objectif de réduction de la pauvreté », le Document de stratégie de réduction de la pauvreté a été mis en oeuvre par le Gouvernement du Bénin de 2003 à 2005, et le nouveau document, qui va définir la stratégie à appliquer dans les prochaines années, est en cours d'élaboration.

Le Bénin est cité comme un pays exemplaire en Afrique, du fait de la stabilité de son système démocratique qui, depuis 1990, garantit l'expression des libertés fondamentales et permet la tenue d'élections régulières. Le processus démocratique s'est approfondi par la réforme de décentralisation administrative et politique qui a vu l'augmentation du nombre de départements de 6 (six) à 12 (douze), et la création de 77 (soixante dix-sept) communes administrées chacune par un maire, élu par un conseil dont les membres sont eux-mêmes élus au suffrage universel direct. Ces nouvelles collectivités locales ont reçu des attributions importantes dans les différents domaines de développement. Chaque commune est divisée en arrondissements dirigés chacun par un conseil d'arrondissement

Le développement du système démocratique a été renforcé par le dynamisme de la société civile, tant au niveau national qu'au niveau le plus décentralisé, avec un mouvement associatif qui joue un rôle important dans le développement communautaire, en apportant un appui non négligeable aux efforts de l'Etat.

2.2. Système de santé, système de protection sociale et accessibilité aux soins

Le système de santé du Bénin est organisé selon une structure pyramidale à 3 (trois) niveaux : un niveau périphérique, un niveau intermédiaire et un niveau central.

Le niveau périphérique est représenté par la zone sanitaire, qui a été créée suite à la réforme de réorganisation de la base de la pyramide sanitaire, et qui correspond, dans la terminologie de l'OMS, au district sanitaire, cadre opérationnel de mise en œuvre décentralisée de la stratégie des soins de santé primaires. La zone sanitaire couvre le territoire d'une à quatre communes, sauf dans le cas de la commune de Cotonou, la capitale économique, dont le ressort correspond à l'aire d'intervention de plusieurs zones sanitaires.

Le niveau intermédiaire est représenté par les services de la Direction Départementale de la Santé (DDS) qui couvre le territoire de deux départements, correspondant à un département de la période précédant la réforme administrative.

Le niveau central est représenté par le Cabinet du Ministre et les directions et autres structures nationales.

Le système de soins est organisé également selon une structure pyramidale, avec un centre de santé au niveau de chaque arrondissement, un hôpital de référence au niveau de chaque zone sanitaire, un Centre Hospitalier Départemental (CHD) au niveau du territoire correspondant à

celui de chaque département, un Centre National Hospitalier Universitaire et des structures nationales de soins dans la capitale économique, Cotonou. Il est à remarquer que le territoire correspondant à celui de l'ancien département de l'Atlantique, où se trouve Cotonou, est le seul à ne pas abriter un CHD.

L'une des particularités de l'offre de soins est l'importance du réseau de structures privées et caritatives, qui suppléent fortement les insuffisances du système public. C'est ainsi que, dans certaines zones sanitaires, des structures privées à vocation caritative font office d'hôpital de référence, sur la base d'une convention avec le Ministère de la Santé.

L'adoption de l'Initiative de Bamako a consacré la participation directe des communautés au financement de la santé, par le système de recouvrement des coûts, en même temps qu'elle a marqué le début de la gestion communautaire des structures sanitaires publiques.

Le Ministère de la Santé vient d'achever l'élaboration des premiers Comptes Nationaux de la Santé (CNS), relatifs à l'exercice 2003, pour lequel la dépense globale de santé a atteint près de 96 milliards de francs CFA, soit près de 13 742 FCFA par habitant et par an, pour un PIB per capita de 296 087 FCFA. La dépense nationale de santé représente donc 4,6% environ du PIB.

Les CNS ont permis de montrer que le financement de la dépense de santé est inéquitable, avec un paiement direct des ménages qui constitue la source principale de financement du système (52%). Le rapport rappelle le caractère imprévisible, aléatoire et parfois catastrophique des dépenses individuelles de santé, en mettant en exergue le fait que « des milliers de familles s'endettent lourdement ou se ruinent afin de pouvoir offrir les soins nécessaires à un ou plusieurs de leurs membres souffrant de maladie(s) chronique(s) », avec une situation qui « s'aggrave particulièrement chez les populations pauvres et démunies et expose le système de santé à des problèmes structurels si rien n'est fait pour y remédier ».

La principale recommandation issue de cet exercice concerne la nécessité de mettre en place, au bénéfice des populations béninoises, un système de prise en charge des dépenses de santé par le mécanisme du tiers payeur.

La très faible part de l'assurance-maladie dans le financement de la santé (0,3%), s'explique par le fait que l'écrasante majorité des Béninois est exclue des systèmes d'assurance-maladie, parce que ceux-ci concernent presque exclusivement les travailleurs du secteur formel et leurs ayant droits, qui sont couverts par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS ex OBSS) et qui représentent moins de 10% de la population.

Les initiatives de développement des mutuelles de santé communautaires constituent une tentative de pallier les insuffisances du système de couverture sociale, en offrant une alternative durable aux populations évoluant dans le secteur non structuré, notamment celles du monde rural.

Au cours des 15 (quinze) dernières années, d'importants programmes de réalisation d'infrastructures sanitaires ont permis d'améliorer notablement l'accessibilité géographique aux services de santé, en rapprochant les populations des formations sanitaires. Malheureusement, le taux de fréquentation des structures de santé reste relativement faible, ne dépassant pas 40% au plan national.

Dans un contexte où l'incidence de la pauvreté monétaire est d'environ 40,6 en milieu rural et 27,2 en milieu urbain¹, on comprend que l'accès aux services de soins soit largement contrarié par des barrières financières liées à la faiblesse des revenus monétaires des populations. Il s'ensuit des phénomènes d'exclusion de franges importantes de la population : exclusion permanente liée à une situation d'indigence, exclusion temporaire liée au fait qu'au moment précis où la maladie se déclare, la personne ne dispose pas des ressources nécessaires à sa prise en charge, exclusion saisonnière, notamment dans les zones rurales où, en période de soudure,

¹ Stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté 2006-2009

les populations ne disposent d'aucun revenu monétaire, exclusion partielle liée à l'impossibilité pour le malade de supporter une partie des frais de prise en charge.

Malgré les efforts du Ministère de la Santé tendant à rationaliser l'utilisation du Fonds sanitaire des indigents, à subventionner la prise en charge des urgences obstétricales dans les zones défavorisées, à promouvoir les moustiquaires imprégnées dans les zones endémiques et à maîtriser les tarifs des prestations et les prix des prestations dans les formations sanitaires publiques, l'accessibilité financière reste un défi de taille pour les acteurs du système de santé et du système de protection sociale.

Dans ce contexte, l'élaboration d'un plan stratégique de développement des mutuelles de santé, outil de plaidoyer, d'harmonisation des interventions des différents acteurs et de mobilisation et d'utilisation efficiente de ressources, constitue une exigence pour le secteur de la santé qui, il convient de le rappeler, a pour mission d'« améliorer les conditions socio sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et les indigents ».

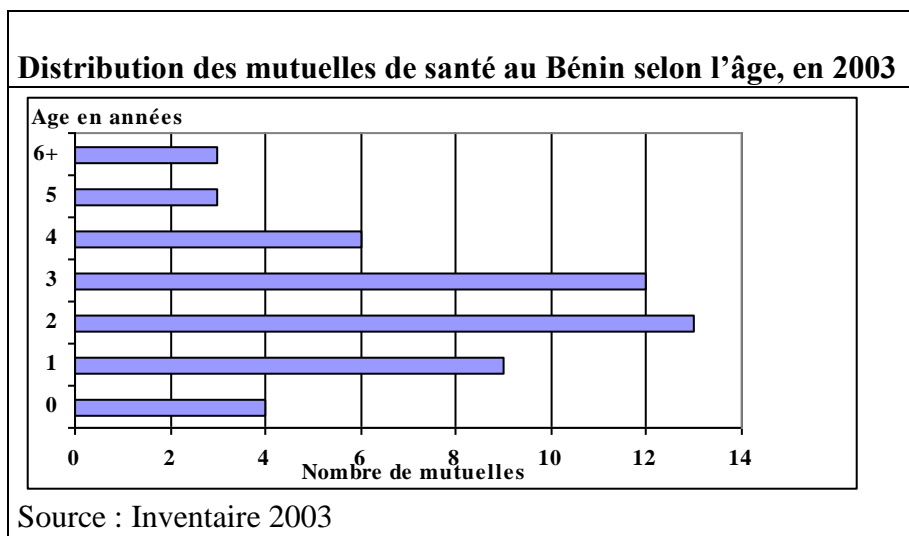
III. Diagnostic de la mutualité dans le secteur de la santé

3.1. Situation des mutuelles de santé

3.1.1. Vue d'ensemble

Bien que les expériences de mutuelles de santé soient relativement récentes au Bénin, l'émergence des mutuelles de santé s'est accélérée au cours des dernières années. Les premières expériences mutualistes dans le secteur de la santé datent du milieu des années 90. Seules 11 mutuelles de santé ont été dénombrées sur l'ensemble du pays lors de l'inventaire régional des mutuelles de santé de 1997, dont 9 mutuelles de santé fonctionnelles et 2 mutuelles de santé en gestation. Entre 1997 et 2003, cependant, la dynamique d'implantation des mutuelles de santé s'est accélérée, surtout au cours des années 2000 et 2001 : le nombre de mutuelles de santé sur l'ensemble du pays a été multiplié par 5 en l'espace de 6 ans.

Ainsi, en fin 2003, 53 mutuelles de santé ont été dénombrées dont 42 mutuelles de santé fonctionnelles, 8 mutuelles de santé en gestation et 3 mutuelles de santé en projet². En conséquence, les mutuelles de santé du pays sont jeunes : au moins 13 mutuelles de santé avaient moins de 2 ans d'exercice à cette date et la majorité des mutuelles de santé, près de 25 d'entre elles, avaient une expérience de 2 à 3 ans. Enfin, seules 12 mutuelles de santé avaient une expérience de plus de 3 ans.



² Sources : Inventaires de la Concertation régionale des acteurs des mutuelles de santé : 1997, 2000, et 2003.

Plusieurs initiatives mutualistes se sont développées depuis l'inventaire de 2003 donnant lieu au doublement du nombre de mutuelles entre 2003 et 2005 : en 2005, 109 initiatives mutualistes sont en cours dans le pays, avec presque 100 mutuelles de santé fonctionnelles.

Bien que les expériences soient relativement concentrées dans certaines zones, elles commencent à s'étendre sur l'ensemble des départements du pays. En 1997, les 9 mutuelles de santé fonctionnelles parmi les 11 mutuelles de santé dénombrées étaient concentrées dans le département du Borgou. Le même département continuait de concentrer la moitié des mutuelles de santé fonctionnelles en 2003 : 22 parmi les 42 mutuelles de santé fonctionnelles. Depuis l'année 2000, cependant, on assiste à une diversification dans l'implantation géographique des mutuelles de santé, du fait de la multiplication des structures qui s'engagent dans l'appui au développement des mutuelles de santé. Ainsi, des expériences sont en train de se développer dans les autres départements.

Situation des mutuelles de santé au Bénin : Un résumé						
Département	2003*			2005**		
	Fonctionnelles	En gestation ou en projet	Total	Fonctionnelles	En gestation ou en projet	Total
Alibori		1	1	13	-	13
Atakora	2	-	2	2	3	5
Atlantique	1	-	1	6	-	6
Borgou	22	1	23	36	-	36
Collines	3	-	3	12	-	12
Donga	4	1	5	8	-	8
Littoral	1	3	4	1	-	1
Mono	8	5	13	12	2	14
Plateau	1	-	1	3	-	3
Zou	-	-	-	2	5	7
Total	42	11	53	99	10	105
Sources :						
* Inventaire 2003						
** Contributions de ADMAB, BIT/STEP, BORNEfonden, CIDR, Louvain, PHRplus et PROMUSAF au diagnostic actuel						

La phase d'émergence des initiatives mutualistes au Bénin est surtout marquée par la diversité. Cette diversité reflète l'adaptation des organisations mutualistes à la diversité des contextes et des catégories socioprofessionnelles dans lesquels sont en train d'émerger les mutuelles de santé. Bien que la majorité des mutuelles de santé se développent en milieu rural, plusieurs expériences se développent en milieux urbain et périurbain. Les populations cibles des mutuelles couvrent en majorité les agriculteurs et les éleveurs, les membres des groupements et des coopératives. Mais en milieu urbain et périurbain, elles se diversifient pour couvrir les commerçantes des marchés, les artisans, les acteurs du petit commerce, les instituteurs et autres employés.

3.1.2. Caractéristiques fondamentales des mutuelles de santé

3.1.2.1. Structuration et modalités d'organisation

En l'absence d'un cadre juridique et réglementaire spécifiques aux mutuelles de santé et permettant d'asseoir la coordination et le contrôle de leur implantation, de leur organisation et de leur fonctionnement, la majorité des structures d'appui et des mutuelles de santé se sont fondées sur la loi de 1901 relative aux associations et sur les expériences mutualistes dans d'autres pays. Quelques rares initiatives mutualistes se sont appuyées sur les textes régissant les coopératives.

La référence à la loi de 1901 sur les associations a permis d'assurer une certaine homogénéité et une équivalence structurelle dans les modalités d'organisation. La structure organisationnelle des mutuelles de santé reflète leur caractère d'organisation autogérée par ses membres et basée sur l'adhésion volontaire et sur les principes de démocratie, de solidarité et d'entraide mutuelle. Presque toutes sont dotées d'une assemblée générale des adhérents, ou des représentants élus des adhérents, qui se réunit annuellement, adopte les statuts et le règlement intérieur, élit les membres des autres organes de la mutuelle, et est l'organe suprême de prise de décisions. Elles sont dotées d'un conseil d'administration, d'un bureau exécutif et d'une commission de surveillance. Même les mutuelles de santé qui n'ont pas encore de statut juridique selon les termes de la loi de 1901 et les mutuelles basées sur les textes régissant les coopératives adoptent presque toutes ce modèle de structuration. Cette homogénéité et cette équivalence structurelle sont un atout important qui pourrait faciliter les efforts de renforcement des capacités des mutuelles de santé dans le pays.

Il est observé une diversité dans les mécanismes de prépaiement et de mise en commun des risques (épargne santé versus mutualisation du risque avec tiers payant), la nature des risques couverts (petits risques versus gros risques), et le degré d'autonomie de la gestion des organisations mutualistes (gestion par les prestataires, gestion par les structures d'appui, gestion autonome par les mutualistes, gestion hybride). Cette diversité traduit pour l'essentiel la pluralité des approches développées par les structures d'appui au développement des mutuelles de santé en général. Certaines réalisent l'implantation des mutuelles de santé en plusieurs phases, y compris une phase de pré-mutualisation devant aboutir à la mise en place de la mutuelle de santé proprement dite, alors que d'autres structures d'appui mettent en place directement la mutuelle de santé en se basant sur un comité d'initiative qui porte le projet de mutuelle de santé jusqu'à l'assemblée générale constitutive.

Enfin, quelques axes de convergence portant sur les relations organisationnelles ou les partenariats avec d'autres organisations locales sont en train d'émerger dans le cadre du développement de mutuelles de santé. Plusieurs initiatives intègrent des services de micro-crédit et d'épargne, alors que d'autres se développent sur la base d'organisations de micro-crédit et d'épargne préexistantes. Plusieurs initiatives se basent sur les organisations existantes du mouvement associatif au niveau local (groupements et coopératives) pour leur implantation. Des adaptations au contexte de la décentralisation administrative et politique se traduisent déjà par l'implantation des mutuelles de santé sur la base des subdivisions des communes, les arrondissements, et la mise en place d'unions mutualistes au niveau communal. De plus en plus, la mise en réseau est promue dans les initiatives soutenues par les structures d'appui. Ainsi, l'émergence des mutuelles de santé dans le pays s'accompagne du développement de systèmes locaux d'appui ou de partenariats locaux pour promouvoir leur viabilité financière et institutionnelle.

3.1.2.2. Fonctionnalité des organes des mutuelles de santé

La fonctionnalité des organes de gestion des mutuelles de santé peut être appréciée sur la base du respect des normes statutaires portant sur la régularité des réunions, la participation des membres et la production des procès-verbaux. Dans l'ensemble, la fonctionnalité des organes

des mutuelles de santé au Bénin est relativement bonne. La majorité des mutuelles de santé tiennent leur assemblée générale tel cela est prévu par leurs statuts. Par ailleurs, les conseils d'administration et les bureaux exécutifs se réunissent régulièrement ; d'ailleurs, dans la pratique, les conseils d'administration et les bureaux exécutifs se réunissent plus de fois que prévu dans leurs statuts du fait probablement de la jeunesse des mutuelles de santé. Seuls les comités de surveillance connaissent un fonctionnement défaillant dans la majorité des mutuelles de santé, à cause sans doute d'une incompréhension des rôles de ces organes de contrôle ou une faible motivation de leurs membres.

Si les organes de décision et les organes exécutifs des mutuelles de santé se réunissent régulièrement, on ne saurait ressentir la même satisfaction pour la qualité de la participation. Sur la base de l'expérience des mutuelles de santé appuyées par ADMAB et PHRplus, pour lesquelles des informations sont disponibles sur la participation des membres des différents organes aux réunions statutaires, il est observé une forte variabilité de la participation d'une mutuelle à une autre et d'un organe à l'autre. La tendance qui se dégage sur la base des mutuelles appuyées par PHRplus est que les réunions des conseils d'administration connaissent un taux de participation plus élevé que les assemblées générales et les réunions des bureaux exécutifs. Parmi les mutuelles de santé (CVMSR) appuyées par ADMAB, aucune ne connaît un taux de participation de plus de 70%, alors que plus que la moitié des mutuelles connaissent des taux de participation inférieurs à 50%.

3.1.2.3. Mécanismes de collecte des cotisations

Les combinaisons de politiques d'adhésion et de mécanismes de collecte des cotisations des mutuelles de santé varient d'une mutuelle de santé à une autre selon les modalités d'organisation de la mutuelle de santé, mais surtout selon les approches promues par les structures d'appui. La politique d'adhésion la plus répandue parmi les mutuelles de santé reste l'adhésion familiale. Cependant, plusieurs mutuelles de santé pratiquant l'adhésion familiale offrent la possibilité d'une adhésion individuelle aux membres potentiels. Il est noté quelques exceptions au sein des mutuelles de santé appuyées par BIT/STEP (avec l'appui de l'UNICEF) et Louvain, où l'adhésion se fait sur une base individuelle. De même, les mutuelles promues par SOLIDEV offrent la possibilité d'une adhésion collective d'un village ou des adhésions de groupes promues par le Réseau Alliance Santé. Quelle que soit la base d'adhésion, dans les différentes mutuelles de santé, les droits d'adhésion variant de 500 FCFA à 1000 FCFA ; ils matérialisent l'engagement à adhérer à la mutuelle de santé et constituent une contribution initiale aux ressources de la mutuelle de santé.

Les politiques de cotisation varient d'une mutuelle à l'autre. Dans la majorité des mutuelles de santé, la périodicité des cotisations est soit annuelle, soit mensuelle, selon la périodicité des revenus de la population cible. Dans certaines mutuelles, la périodicité des cotisations est négociée entre l'adhérent et le bureau exécutif. Les modalités de collecte des cotisations varient également selon les mutuelles. Dans plusieurs mutuelles, les cotisations sont collectées directement par les membres du conseil d'administration ou du bureau exécutif ou par le gérant de la mutuelle. D'autres utilisent des relais comme les délégués villageois, les groupements de base, les gérants des caisses de micro-finance de l'association (comme dans le cas de l'ASSEF), qui, acheminent les cotisations collectées vers le gérant de la mutuelle de santé.

3.1.2.4. Paquets de bénéfices et risques couverts

Contrairement aux autres paramètres fondamentaux des mutuelles de santé, la structure des paquets de bénéfices des mutuelles de santé présente une relative homogénéité. La majorité des mutuelles de santé couvrent les petits risques associés à des maladies, traumatismes et accidents (consultation curative primaire, consultation prénatale/post-natale, accouchement normal, petits soins, examens de laboratoire, médicaments essentiels, etc.) qui sont pris en charge techniquement au niveau des formations sanitaires de premier niveau (dispensaire, centre de santé d'arrondissement, centre de santé communal, etc.). Plusieurs mutuelles de santé incluent

aussi des gros risques associés aux interventions chirurgicales, aux accouchements compliqués et à l'hospitalisation qui sont pris en charge au niveau secondaire (hôpitaux). Pour les mutuelles de santé qui se placent dans une perspective de mise en place d'une union au niveau communal, la prise en charge des gros risques est inscrite dans les objectifs premiers de cette union.

3.1.2.5. Relations entre mutuelles de santé et prestataires de soins

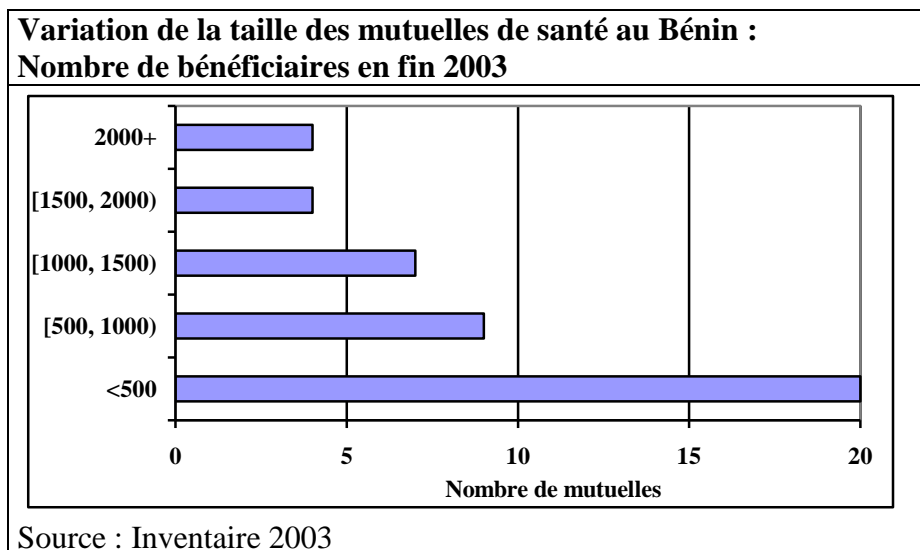
La majorité des mutuelles de santé fonctionnelles ont des conventions écrites avec les prestataires de soins ; dans certains cas, cependant, les accords sont verbaux. La majorité des prestataires conventionnés sont des prestataires du secteur public. Des conventions sont également passées avec des hôpitaux confessionnels dans les zones sanitaires où ces structures privées remplissent les fonctions de structure de première référence.

Les relations entre les mutuelles de santé et les organisations de prestation de soins ne sont pas limitées à la prise en charge des malades. Dans certaines mutuelles de santé, les prestataires de soins participent dans la promotion des mutuelles de santé à travers l'implication dans les activités de sensibilisation, d'appui-conseil, et de contrôle. Dans d'autres, les conseils d'administration des mutuelles entretiennent une étroite collaboration avec les comités de gestion des centres de santé. Enfin, dans certaines zones sanitaires, les équipes de coordination de la zone sanitaire sont impliquées dans la promotion des mutuelles de santé.

3.1.3. Performances des mutuelles de santé

3.1.3.1. Adhésion aux mutuelles de santé

La relative jeunesse des initiatives mutualistes au Bénin se reflète aussi dans la taille relativement petite des populations couvertes par les mutuelles de santé. Dans l'ensemble, la population couverte par les mutuelles de santé au Bénin se situe entre 60.000 et 70.000 bénéficiaires. Sur la base des 44 mutuelles de santé qui ont fourni des informations sur le nombre de bénéficiaires à la fin de l'année au cours de l'inventaire de 2003, la taille moyenne des mutuelles de santé était d'environ 900 bénéficiaires en 2003 ; 50% des mutuelles de santé comptaient moins de 600 bénéficiaires. Seules 4 mutuelles de santé avaient un nombre de bénéficiaires supérieur à 2000; 4 autres mutuelles avaient entre 1500 et 2000 bénéficiaires; 7 mutuelles comptaient 1000 à 1500 bénéficiaires et neuf mutuelles avaient entre 500 et 1000 bénéficiaires. Une vingtaine de mutuelles de santé, près de la moitié, avaient un nombre de bénéficiaires inférieur à 500 bénéficiaires.



Enfin, la jeunesse des initiatives mutualistes au Bénin se reflète sur le niveau de pénétration relativement faible de leurs populations cibles respectives. A quelques exceptions près, les taux

de pénétration des mutuelles de santé varient entre 5% et 20% de la population cible. Une exception notoire est fournie par les initiatives appuyées par BORNEfonden qui, sur la base d'une approche multisectorielle, intégrée et participative, ont atteint des taux de pénétration de 65% à 90% dans les départements du Mono, des Collines et de la Donga.

3.1.3.2. Performances financières

Les tendances de certains indicateurs permettent d'apprécier la relative santé financière des mutuelles de santé. L'hétérogénéité dans les politiques et les modalités de collecte des cotisations se traduit dans la variabilité des performances des mutuelles de santé relativement au recouvrement des cotisations. Deux tendances se dégagent, qui semblent refléter les différences d'approches des structures d'appui. Dans un premier groupe de mutuelles de santé moins performantes, les taux moyens de recouvrement des cotisations oscillent entre 40% et 60%. Parmi le deuxième groupe de mutuelles de santé plus performantes, les taux moyens de recouvrement des cotisations sont supérieurs à 80%. Ce dernier groupe inclut essentiellement des mutuelles de santé où, soit la périodicité des cotisations est annuelle, soit la collecte des cotisations est basée sur les structures déjà établies de l'association- mère de la mutuelle (ASSEF par exemple).

La majorité des mutuelles de santé parviennent à honorer régulièrement leurs engagements auprès des prestataires de soins. En effet, dans la majorité des cas, les ratios de dépenses des prestations de soins de santé sur les cotisations collectées (taux de sinistralité) sont bien inférieurs à 1 : pour la plupart des mutuelles de santé, les taux de sinistralité varient entre 30% et 80%. Plusieurs mutuelles de santé parviennent à se constituer des réserves significatives, mêmes si la politique et les règles de formation des réserves ne sont pas encore explicites au niveau de beaucoup d'entre elles.

Ce tableau sur la santé financière des mutuelles de santé doit être apprécié relativement à la phase actuelle d'émergence des mutuelles de santé où la majorité d'entre elles sont toujours sous la dépendance technique et financière des structures d'appui. En plus des appuis techniques dont bénéficient les mutuelles, une grande partie de leurs frais administratifs sont pris en charge à des degrés divers par les structures d'appui.

3.1.3.3. Contribution aux objectifs du système de santé

Le mécanisme principal à travers lequel les mutuelles de santé contribuent à la lutte contre les maladies reste la promotion du recours précoce aux soins, parce que les bénéficiaires, se sachant couverts par la mutuelle, n'hésitent pas à aller vers les services de soins à la première alerte. Les mutuelles de santé sont, par ailleurs, impliquées dans les activités de communication pour promouvoir des changements de comportement en matière de santé et dans la sensibilisation et la formation des mutualistes en matière de prévention des pathologies courantes (paludisme par exemple), en partenariat avec des projets et programmes de lutte contre les maladies. Cependant, plusieurs mutuelles de santé, bien qu'ayant inscrit les activités préventives dans leur domaine d'intervention, n'ont pas encore mené des activités dans ce volet, à cause de leur jeunesse.

Les mutuelles de santé contribuent à l'équité de l'accès en réduisant les risques d'exclusion aux soins de santé. Elles réduisent également l'exclusion saisonnière en permettant l'accès aux soins de santé toute l'année, y compris en période de soudure, au plus grand nombre, et notamment aux personnes pauvres et défavorisées. Elles réduisent l'exclusion temporaire, liée aux contraintes de disponibilité de ressources financières au moment de l'occurrence de la maladie, qui se traduit souvent par le recours tardif aux soins. Elles réduisent l'exclusion partielle aux soins en permettant la continuité de la prise en charge de la maladie. Enfin, elles réduisent les risques d'endettement et d'appauvrissement consécutif au bradage de biens pour faire face à la maladie.

Du point de vue de l'équité dans le financement, l'équité n'est pas vécue au sein des mutuelles de santé, parce que les cotisations sont identiques pour tout le monde, quelque soit le niveau de revenus des uns et des autres. Par ailleurs, la prise en charge des indigents n'est pas encore une pratique fréquente au sein des mutuelles, malgré l'émergence d'expériences de mise en place de caisses et mécanismes d'entraide et de solidarité pour assurer la prise en charge des indigents, ou la perspective de prise en charge des indigents par les communes impliquées dans le processus de promotion des mutuelles. La prise en charge des indigents à travers les mutuelles est confrontée non seulement aux difficultés associées à l'identification des indigents, mais aussi à l'identification de mécanismes adéquats et durables de financement de leur prise en charge.

Les mutuelles de santé contribuent à l'amélioration de l'efficacité dans le système de santé à travers l'efficacité dans la consommation, la continuité, et la qualité des soins. Le recours précoce aux soins par les bénéficiaires se traduit par une réduction du coût de la prise en charge de la maladie et fournit des gains d'efficacité dans la consommation des soins. Par ailleurs, la réduction de l'exclusion partielle par les mutuelles contribue à la continuité des soins et au suivi des prescriptions de traitement. Ces effets des changements de comportement des bénéficiaires, combinés avec la concertation avec les prestataires, et l'augmentation de la prédictibilité des revenus des prestataires pour améliorer la disponibilité des intrants de la prestation des soins, contribuent à l'amélioration de la qualité des soins de santé.

Enfin, les mutuelles de santé contribuent à l'amélioration de l'efficacité dans le système de santé à travers l'efficacité administrative de la mobilisation des ressources et la réduction des opportunités de fraudes et d'abus. La majorité des mutuelles de santé utilisent la modalité du tiers payant pour rembourser les prestataires : par exemple, juste après les soins, chaque mutualiste paie directement son ticket modérateur (25% des dépenses) au prestataire ; à la fin du mois, la facture cumulée des 75% des soins consommés par les mutualistes est adressée à la mutuelle de santé qui effectue le paiement. Pour certaines formations sanitaires, ces paiements sont effectués de compte à compte ou par avance de trésorerie. Ainsi, les modalités de remboursement des prestataires par les mutuelles contribuent à la réduction de pratiques illicites comme la vente parallèle des médicaments par le personnel médical et le rançonnement des malades, et par conséquent à l'amélioration de l'efficacité administrative de la mobilisation des ressources.

IV. Promotion des mutuelles de santé

4.1. Cadre juridique et institutionnel d'appui

Une volonté du Gouvernement du Bénin d'accompagner et d'encadrer le développement des mutuelles de santé commence à se manifester avec les récentes initiatives du Ministère de la Santé (MS). Le MS a identifié la promotion des mutuelles de santé comme une des principales stratégies pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé dans son document de Politique et stratégies de développement du secteur de la santé. Le MS a, par ailleurs, initié la production d'un document de politique de développement des mutuelles de santé, qui a été validé avec la participation des acteurs, notamment les structures d'appui aux mutuelles de santé. Pour porter ces nouvelles orientations de politique, le MS a inscrit l'appui au développement des mutuelles de santé dans les missions du Service de Santé Communautaire de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNSP). Le cadre de la politique d'appui au développement des mutuelles de santé du Bénin souffre, cependant, de quelques faiblesses.

Premièrement, faute d'un cadre juridique spécifique à la mutualité, la majorité des initiatives mutualistes au Bénin ont eu recours aux dispositions de la loi de 1901 sur les associations pour fonder les mutuelles de santé ; d'autres ont utilisé le cadre juridique des coopératives pour asseoir quelques mutuelles. En plus de leur manque de spécificités par rapport à la réalité des

mutuelles de santé, l'inconvénient de l'utilisation de cadres aussi généraux est qu'elle crée une certaine confusion concernant la tutelle et la réglementation. Forts de ce constat, plusieurs acteurs se sont accordés sur la nécessité de l'adoption d'une loi sur la mutualité, afin de créer un véritable mouvement mutualiste au Bénin. Depuis juillet 2005, le MS, avec l'appui du BIT-STEP, a démarré le processus d'élaboration d'un code de la mutualité au Bénin, dans le cadre d'une initiative sous-régionale qui concerne les pays de l'UEMOA.

Deuxièmement, en raison de l'absence d'un cadre législatif spécifiant les responsabilités et indiquant les organismes centraux chargés de la tutelle, le système d'appui institutionnel reste fragile, les mutuelles relevant de plusieurs structures officielles de tutelle. Le Service de Santé Communautaire de la DNSP du MS est le service en charge de la coordination de l'appui au développement des mutuelles de santé au MS. Bien que ce service ait œuvré pour l'élaboration d'un document de politique et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin, la question de l'opérationnalisation de ce document reste entière. Au regard des multiples attributions de ce service et de l'enjeu que représentent les mutuelles de santé, il serait plus indiqué d'envisager la mise en place au niveau central d'une structure d'appui dotée de plus d'autorité (niveau hiérarchique et ressources humaines, financières et matérielles).

Enfin, du fait des faiblesses de l'appui au niveau stratégique, les rôles des niveaux départemental et local, que ce soit ceux des services déconcentrés ou ceux des communes, restent à définir. Plusieurs zones sanitaires et communes sont actuellement impliquées dans la promotion des mutuelles de santé dans leurs juridictions respectives (voir ci-dessous), mais ces initiatives locales ne bénéficient d'aucune orientation stratégique ni d'aucun mode de soutien du niveau central.

4.2. Partenariats et promotion des mutuelles de santé

4.2.1. Auto-encadrement et réseaux des mutuelles de santé

Le partage des expériences et des informations entre mutuelles de santé reste un des mécanismes les plus immédiats de recherche de solutions aux problèmes que rencontrent les mutuelles de santé et, par conséquent, de promotion de leur viabilité institutionnelle. Au-delà du partage d'expériences et d'informations, certains types de réseaux incluent des fonctions de représentation, d'intermédiation sociale et de mécanismes de financement. C'est ainsi que la mise en réseaux des mutuelles est en train d'être initiée ou envisagée par plusieurs acteurs.

Malgré la jeunesse du mouvement mutualiste au Bénin, des réseaux ont commencé à se structurer dans certaines parties du pays, en tant que composantes des stratégies de promotion de la viabilité des mutuelles de santé. Les mutuelles appuyées par le CIDR dans le Borgou, par exemple, sont organisées en un réseau (association loi de 1901) regroupant 28 mutuelles de santé dans 3 inter-mutuelles. Ce réseau et ces inter-mutuelles sont totalement fonctionnels : ils tiennent des réunions et réalisent des activités qui leur sont dévolues par leurs statuts et règlements. Un autre exemple concerne les mutuelles appuyées par le PROMUSAF qui, dans la commune de Bembèrèkè, se sont regroupées en une union de mutuelles. L'union de Bembèrèkè est encore très jeune, mais pour un début, elle donne satisfaction quant à son fonctionnement.

Enfin les initiatives mutualistes appuyées par PISAF/USAID ont permis la création récente d'une union des mutuelles de santé de la commune de Sinendé et d'une union des mutuelles de santé de la commune de Banikoara. Dans la zone sanitaire Bembèrèkè/Sinendé, constituée des deux communes de Bembèrèkè et Sinendé, des discussions sont en cours entre PROMUSAF et PISAF/USAID pour appuyer la création d'une union intercommunale des mutuelles de cette zone sanitaire. D'ores et déjà, les mutuelles des deux communes entretiennent des relations à travers des visites d'étude.

Les initiatives de réseaux sont en train d'être débattues ou mises en place dans d'autres parties du pays. Ainsi, même s'il n'existe pas encore d'unions ou de réseaux parmi les mutuelles

soutenues par BORNEfonden la mise en place de telles initiatives est envisagée. Par ailleurs, les caisses appuyées par l'ADMAB, ne disposent pour le moment d'aucune organisation d'auto-encadrement, mais l'ADMAB reste préoccupée par la mise en place d'une fédération régionale, puis nationale, de ses caisses qui permettra la lutte contre la fragilité des mutuelles, leur isolement géographique et leur petit nombre, en mettant à disposition de cette fédération un fonds de garantie.

4.2.2. Emergence de schémas de partenariats locaux

En plus des initiatives de réseaux et des structures d'auto-encadrement des mutuelles de santé, les mutuelles de santé et leurs structures d'appui respectives sont en train de promouvoir des relations partenariales avec des organisations existantes au niveau local pour promouvoir la viabilité institutionnelle et financière des mutuelles de santé. Dans beaucoup d'initiatives mutualistes, ces relations partenariales constituent des composantes stratégiques de l'approche intégrée de développement des mutuelles de santé ; dans d'autres, elles contribuent au renforcement des systèmes locaux d'appui au développement des mutuelles de santé.

Premièrement, les mutuelles de santé utilisent les organisations du mouvement associatif local pour faciliter leur implantation et leur ancrage dans le tissu associatif local. Parmi les mutuelles de santé appuyées par BORNEfonden, les différents organes de gestion des mutuelles de santé entretiennent de bonnes relations avec les autres organisations du mouvement associatif local qui servent d'appui et de véhicule des activités de sensibilisation. De même, au niveau des mutuelles de santé appuyées par PROMUSAF, les mutuelles de santé ont des relations de collaboration avec les différentes associations actives : elles mènent leurs campagnes de sensibilisation à travers ces associations et certaines d'entre elles les aident à collecter les cotisations des membres.

Dans les communes où intervient PHRplus, on observe une collaboration entre les mutuelles et les autres organisations. Par exemple, dans la commune de Sinendé les COGECS et l'association de développement participent à la campagne de sensibilisation qu'organisent les mutuelles de santé ; d'ailleurs le COGECS du centre de santé de Sinendé-Centre a inscrit dans son budget une ligne relative à la sensibilisation des populations pour une adhésion massive aux mutuelles.

Deuxièmement, plusieurs types de relations sont en train de se tisser entre les mutuelles de santé et les institutions financières décentralisées. Ces relations partenariales contribuent à la rendre solvables les emprunteurs en cas de maladie et à organiser la collecte des cotisations, notamment via des mécanismes d'épargne ou de précompte des cotisations. Par exemple, parmi les mutuelles de santé appuyées par BORNEfonden, il n'y a pas a priori de relations formelles entre les mutuelles de santé et les institutions financières décentralisées ; cependant, les mutuelles de santé ont des relations avec le système de crédit de BØRNEfonden dans le cadre desquelles le crédit n'est accordé qu'à ceux qui ont assuré leur santé.

Au niveau des initiatives mutualistes appuyées par ADMAB, les relations entre les mutuelles et les institutions financières décentralisées sont dynamisées par des échanges de flux financiers. Les mutuelles ouvrent généralement leur compte à la CREP ou la CVEC et les approvisionnent suivant le rythme des entrées de cotisations. Ces comptes disposent ainsi de crédits en épargne-santé et de fonds de solidarité sur lesquels le conseil d'administration puise mensuellement pour payer les prestataires de soins. Lesdites relations peuvent aller jusqu'à des emprunts sur les comptes de la mutuelle pour le fonctionnement de ces institutions de micro-finance. Enfin, dans les mutuelles appuyées par PROMUSAF se développent des activités de micro crédit, dans le but d'améliorer les revenus des membres et leur capacité de payer les cotisations.

Troisièmement, l'articulation du développement des mutuelles de santé aux cadres institutionnels mis en place par les réformes de décentralisation est variable d'une structure d'appui à une autre. Seuls BORNfonden, ADMAB, PROMUSAF et PHRplus semblent avoir

intégré cette nouvelle donne institutionnelle dans leur démarche, à des degrés différents d'ailleurs. Si les mutuelles appuyées par BORNfonden collaborent avec les élus locaux, il n'existe pas encore un cadre formel pour soutenir cette collaboration. Parmi les mutuelles appuyées par PROMUSAF, les relations entre les mutuelles de santé et les communes ne sont pas encore fortes, mais des actions sont en train d'être initiées afin d'établir un cadre permanent d'échanges entre les communes et les mutuelles. En contraste, les initiatives mutualistes appuyées par ADMAB, s'inscrivent progressivement dans les plans de développement communaux avec des élus locaux qui matérialisent leur volonté de crédibiliser le mouvement mutualiste dans la commune et de contribuer à leur pérennisation par le plaidoyer, la facilitation des contrats de partenariat et, si timide soit elle, l'inscription de lignes budgétaires pour l'appui aux mutuelles. L'implication de quelques élus locaux (chefs d'arrondissement et chefs de village) est déjà effective ; mais demande à être renforcée et élargie.

Enfin, dans les initiatives appuyées par PHRplus, il y a une étroite collaboration avec la commune. PHRplus a d'ailleurs facilité, dans chacune des communes de Banikoara et Sinendé, la constitution d'un comité communal d'appui aux mutuelles de santé dirigé par le Maire de la commune et composé des représentants des organisations locales de chaque commune (conseil communal, association de développement, COGECS, Equipe d'encadrement de la zone sanitaire, union communale des producteurs de coton, union communale des groupements de femmes...).

4.3. Structures d'appui aux mutuelles de santé

4.3.1. Structures d'appui

En dépit des contraintes liées à l'absence d'un cadre juridique et institutionnel, l'appui au développement des mutuelles de santé est en train de se structurer au Bénin. En 1997, il était difficile de compter plus de trois organisations impliquées dans la promotion de la mutualité au niveau opérationnel : seuls le CIDR, Centre Africa Obota (CAO) et l'Institut de Participation du Bénin (IPB) comptaient des interventions dans la promotion des mutuelles de santé dans le pays. Cependant, depuis 1998, le nombre d'organismes impliqués dans la promotion de la mutualité au Bénin a fortement augmenté, reflétant en grande partie l'influence de la Plateforme d'Abidjan et l'intérêt stratégique grandissant que les organismes internationaux, les organismes de coopération bilatérale, les organisations non-gouvernementales (internationales et nationales) portent à la mutualité et la protection sociale dans la santé.

Les organismes d'appui aux mutuelles de santé les plus actifs au Bénin sont présentés ci-dessous.

L'Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin (ADMAB) qui est une ONG béninoise créée en 1996, à l'initiative de plusieurs partenaires dont l'Association France-Bénin (ONG française), le Conseil Général de la Vendée, la Mutualité Sociale Agricole (MSA), Pharmaciens Sans Frontières (PSF)³. Elle bénéficie du financement de ces partenaires et de l'appui financier de la Coopération Française. L'ADMAB développe des systèmes d'assurance santé mixtes incluant de l'épargne santé pour les petits risques et un système de mutualisation pour les gros risques, au sein de Caisses Villageoises de Mutualité Sociale Rurale (CVMSR) qui ont un statut de coopérative agricole et sont placées sous la tutelle du Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche (MAEP). Elle appuie actuellement près de 15 initiatives mutualistes dans une large zone d'intervention qui inclut actuellement cinq départements dont l'Alibori, l'Atacora, le Borgou, la Donga et l'Ouémé.

Le programme **Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté du Bureau International du Travail (BIT\STEP)**, dont l'objectif principal est d'étendre la protection

³ Sources : ADMAB, Biot.

sociale aux populations vulnérables, continue les activités de promotion des mutuelles de santé en Afrique initiées par son prédécesseur, le programme BIT\ACOPAM. BIT\STEP a démarré ses activités au Bénin en 2002. L'appui de BIT/STEP à la promotion des mutuelles de santé au Bénin est axé sur l'appui à la mutuelle de santé d'ASSEF à Cotonou, l'appui technique au démarrage de mutuelles de santé en partenariat avec l'UNICEF dans les départements du Zou et du Plateau et la restructuration de la Mutuelle de la Sécurité Sociale de Cotonou.

BØRNEfonden qui est une association internationale non-gouvernementale de développement humanitaire créée en 1975, et dont le siège est à Copenhague au Danemark. Elle a démarré ses activités au Bénin en septembre 1994 et ses domaines d'intervention incluent l'éducation et la formation professionnelle, la santé, la nutrition, le renforcement des capacités familiales, le renforcement des capacités communautaires et le développement de la petite enfance. Le caractère multisectoriel de ses domaines d'intervention lui permet de fonder la promotion des mutuelles de santé sur une approche intégrée. Dans le cadre de ses activités au Bénin, sa zone d'intervention s'étend sur les trois départements du Mono, des Collines et de la Donga où elle appuie près d'une vingtaine de mutuelles de santé. Elle a étendu ses activités d'appui aux mutuelles de santé dans les départements du Zou et des Collines où elle appuie actuellement cinq initiatives mutualistes.

Le **Centre International de Développement et de Recherche (CIDR)** est une ONG française. Le CIDR est l'un des premiers organismes à intervenir dans la promotion des mutuelles de santé au Bénin. En effet, depuis 1994, il appuie le développement d'un réseau de mutuelles de santé dans les départements du Borgou et des Collines, avec l'appui financier de la Coopération Suisse. Le CIDR appuie actuellement 27 mutuelles d'arrondissement dans les départements du Borgou et des Collines, et une mutuelle dans la ville de Parakou.

Louvain Développement est une organisation non-gouvernementale belge qui intervient dans le secteur de la santé communautaire et de la sécurité alimentaire. Elle bénéficie de l'appui financier du Gouvernement Belge et de l'Union Européenne pour la mise en œuvre de projet de mutuelles de santé au Bénin et au Togo. Au Bénin, elle collabore avec GROPERE, une organisation non-gouvernementale béninoise. Ses interventions dans le domaine de la promotion des mutuelles de santé sont relativement récentes et sont concentrées dans les départements de l'Atacora et du Mono. Elle appuie des programmes intégrés qui s'articulent autour du développement d'activités génératrices de revenus, de l'amélioration de la qualité de l'offre de soins et de la promotion de mutuelles de santé.

Partners for Health Reformplus (PHRplus) est un projet global de l'USAID dont la mission est d'accompagner les réformes des systèmes de santé des pays en voie de développement en Afrique, en Amérique Latine, en Europe de l'Est et en Asie. PHRplus poursuit les activités d'appui aux mutuelles de santé initiées en Afrique de l'Ouest depuis 1996 par le projet PHR qui l'a précédé. Dans le domaine des mutuelles de santé, PHRplus intervient au Bénin depuis février 2004. PHRplus intervient dans les zones sanitaires de Bembèrèkè/Sinendé dans le département du Borgou et de Banikoara dans l'Alibori. PHRplus appuie 4 mutuelles de santé dans la commune de Sinendé et 10 mutuelles de santé dans la commune de Banikoara. Bien que, depuis janvier 2006 PHRplus ait clôturé ses interventions, l'USAID à travers le Projet Intégré de santé familiale (PISAF, qui est un projet bilatéral), accompagne le gouvernement dans la promotion et le développement des mutuelles de santé dans les départements du Borgou/Alibori et du Zou/Collines

Le **Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF)** est un programme lancé en 1998 par l'organisation non-gouvernementale Solidarité Mondiale (WSM) et l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC) de Belgique. Le PROMUSAF évolue au Bénin, au Burkina, au Sénégal et au Mali. Au Bénin, la zone d'intervention de PROMUSAF couvre 6 départements. Le programme appuie 8 mutuelles de santé dans le

Borgou, 4 mutuelles dans l'Atlantique, 2 mutuelles dans le Plateau et 1 mutuelle dans le Mono, 1 mutuelle dans les Collines et 1 mutuelle dans le Littoral.

Le Centre d'Appui au Développement des Mutuelles de Santé (CADEMU), financé par la Coopération Française, intervient dans les domaines de la formation, de la recherche, de la capitalisation des expériences et de l'appui à la contractualisation.

4.3.2. Modes d'intervention

Les modes d'intervention des structures d'appui s'articulent autour du renforcement des capacités des mutuelles de santé et des membres desdites mutuelles. Le renforcement des capacités des mutuelles de santé couvre plusieurs axes au cours des phases de développement des mutuelles. Dans la phase d'initiation, le renforcement des capacités est axé sur l'appui technique aux initiatives mutualistes, à travers la formation des membres des comités d'initiative et l'appui aux activités de sensibilisation. Les structures d'appui apportent une assistance technique aux comités d'initiative dans la réalisation d'études de faisabilité qui accompagnent la conception technique, l'organisation et l'implantation des mutuelles de santé, l'élaboration de statuts et de règlement intérieur et l'établissement de relations contractuelles avec les organisations de prestation de soins. Elles assistent les mutuelles de santé dans le développement de systèmes et d'outils de gestion administrative et financière et la formation des membres des organes de gestion des mutuelles de santé.

Après l'implantation, les activités de renforcement des capacités sont axées sur l'appui-conseil pour renforcer le développement organisationnel et la gouvernance des mutuelles de santé en général, les capacités de gestion administrative et financière et de suivi en particulier, et l'appui aux activités de sensibilisation. En dehors des études de faisabilité, quelques rares structures d'appui contribuent au renforcement des capacités des mutuelles à travers la recherche et le plaidoyer. Comme indiqué plus haut, plusieurs structures d'appui sont en train d'appuyer les mutuelles de santé dans la mise en place des réseaux de mutuelles de santé.

Des activités de renforcement des capacités des membres des mutuelles de santé sont observées parmi certaines structures d'appui (BORNEfonden, ADMAB, PROMUSAF). Celles-ci portent sur des activités d'information, d'éducation et de communication pour la santé afin d'augmenter les connaissances des membres et promouvoir des changements de comportement en matière de santé. Par ailleurs, les capacités des membres sont renforcées à travers l'appui aux activités génératrices de revenus et les schémas de micro-finance.

Les modes d'intervention portant sur les mécanismes de financement (subvention des primes, garantie, réassurance, etc.) ne sont pas encore un mode d'intervention privilégié des structures d'appui, à l'exception du mode d'intervention de BORNEfonden durant la phase de pré-mutualisation. Au cours de cette phase, «...les dépenses de santé sont directement remboursées aux bénéficiaires sur présentation de factures, à hauteur d'un pourcentage fixé par un comité composé de représentants des familles bénéficiaires. Les fonds utilisés pour ces remboursements sont apportés en partie par l'ONG [BORNEfonden] et en partie par les bénéficiaires. Le pourcentage des remboursements financé par BORNEfonden est dégressif dans le temps, tandis que celui des bénéficiaires augmente proportionnellement »⁴. En d'autres termes, BORNEfonden disposerait d'une stratégie de subvention pour promouvoir la prévoyance et l'adhésion aux mutuelles de santé. Cependant, le mécanisme de subvention n'est pas permanent car il ne couvre que la phase de pré-mutualisation.

⁴ Biot, op. c.

4.3.3. Cadre de concertation

Dès les premières années d'émergence des mutuelles de santé, les structures d'appui existantes avaient senti la nécessité d'échanger sur les expériences mutualistes en cours. Ainsi un cadre d'échanges réunissant des structures d'appui, des bailleurs de fonds et des représentants du Ministère de la Santé Publique s'est réuni régulièrement entre 1997 et 2000. Le cadre d'échanges a été revitalisé depuis 2003 sous le nom de Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles de Santé (CONSAMUS). En plus des structures d'appui présentées ci-dessus, la CONSAMUS réunit d'autres structures d'appui comme GROPERE et PBASSP, des prestataires de soins (AMCES), des systèmes d'assurance-maladie (MUSANT), des institutions de formation (ISPEC, IRSP), le MS et le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative.

L'objectif global de la CONSAMUS est de contribuer à l'amélioration de la protection sociale au Bénin, à travers le développement de mutuelles de santé ou autres systèmes d'assurance santé. Ses objectifs spécifiques sont de (i) favoriser la capitalisation commune sur les mutuelles de santé ou autres systèmes d'assurance santé à but non lucratif, (ii) et favoriser le développement du mouvement mutualiste et autres systèmes d'assurance santé à but non lucratif.

De l'avis des membres de la CONSAMUS, son fonctionnement doit encore être amélioré. Les rencontres se déroulent bien mais l'animation est à revoir, surtout entre deux réunions. Le système d'information doit être amélioré et un effort doit être fait par toutes les structures pour intégrer les préoccupations de la CONSAMUS dans leurs plans d'actions respectifs. Il est aussi suggéré par certains acteurs que la CONSAMUS passe de son statut actuel de réseau informel à celui de réseau formel avec des organes clairement déterminés. Par ailleurs, il a été souhaité que toutes les structures manifestent un intérêt pour les activités de la CONSAMUS.

Enfin, le Bénin est un des pays couverts par la Concertation régionale des acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre (La Concertation) : les structures d'appui intervenant au Bénin sont très actives dans la Concertation. La Concertation est un réseau d'échanges d'informations et de partage d'expériences mis en place au niveau régional dans le cadre de la mise en œuvre de la Plate-forme d'Abidjan de 1998 portant sur la promotion des mutuelles de santé. Elle anime un bulletin d'information (le Courrier de la Concertation), un site Web et des fora bi-annuels portant sur des thèmes majeurs de la mutualité. Depuis 1997, elle réalise tous les trois ans un inventaire des mutuelles de santé afin de dresser un tableau des mutuelles dans la sous-région et de leur évolution dans le temps.

V. Leçons pour les interventions futures

5.1. Leçons apprises

La diversification des expériences mutualistes accumulées au cours des dix dernières années dans le secteur de la santé au Bénin est en train de générer des leçons dont certaines sont présentées ci-dessous, et qui devraient nourrir les interventions futures.

- Les mutuelles contribuent réellement à améliorer l'état de santé des populations, non seulement par rapport à l'amélioration de l'accès aux soins, à la prévention et à la qualité des soins, mais aussi par rapport à l'amélioration de la qualité des relations entre les prestataires et les usagers. Ce potentiel peut être renforcé à travers un véritable partenariat sur la base de contrats écrits entre mutuelles et prestataires qui iraient au-delà du seul aspect de remboursement des soins pour mettre l'accent sur la sensibilisation, l'information et la formation du personnel de santé, et sur la communication et l'information pour le changement de comportement des populations.
- Au delà de la contribution à l'amélioration de la santé, les mutuelles de santé contribuent à une dynamique sociale qui favorise la transparence dans la gestion des structures de

santé, la promotion de la solidarité, la confiance, la démarche participative et la démocratie au niveau local.

- En dépit du faible taux de pénétration et de la faiblesse de la population couverte qui sont typiques de la jeunesse du mouvement mutualiste dans le pays, la diversité des catégories sociales et économiques couvertes par les mutuelles de santé démontre l'adaptabilité et l'acceptabilité des mutuelles de santé par les populations.
- Le changement de mentalités des populations en matière de prévoyance -santé est un processus à long terme et la mise en place d'une mutuelle est un processus complexe et long. Par conséquent, le développement des mutuelles nécessite un engagement d'appui à moyen et long terme, un investissement soutenu et un suivi régulier.
- Une mutuelle de santé ne peut être durable que si elle est l'objet d'une véritable appropriation par les populations et les organisations communautaires de base ; Il est important, non seulement de tenir compte des réalités et des difficultés de terrain et d'adapter les approches d'implantation des mutuelles de santé auxdites réalités, mais aussi d'impliquer tous les acteurs dans tout le processus dès le démarrage de l'initiative.
- La mise en place des mutuelles devrait s'inscrire dans une approche intégrée : en effet, une famille qui ne mange pas à sa faim n'accordera pas la priorité à ses problèmes de santé. De ce point de vue, les actions visant à améliorer la qualité de vie des populations et qui permettent d'accroître la capacité contributive des membres potentiels des mutuelles doivent être promues. Ainsi, il est nécessaire d'inscrire le développement des mutuelles dans programmes intégrés qui prennent en compte certains facteurs de pauvreté en général, et qui contribuent au développement de la capacité contributive des mutualistes en particulier (micro- finance et activités génératrices de revenus). A travers des approches intégrées, il est possible d'atteindre des taux de pénétration élevés des populations- cibles et de réaliser des taux élevés de recouvrement des cotisations.

5.2. Contraintes et problèmes

5.2.1. Fossés au niveau stratégique

La mise en place d'un environnement favorable au développement des mutuelles de santé nécessiterait que les domaines et modes d'intervention s'élargissent vers un cadre plus global axé non seulement sur la réglementation, mais aussi sur le renforcement des capacités nationales en matière de mutualité. Ainsi, pour faciliter le développement de la mutualité et des mutuelles de santé dans le pays, il sera nécessaire de faire face aux problèmes suivants au niveau stratégique dans les années à venir :

- faiblesse de l'appui de l'Etat au développement des mutuelles de santé ;
- faiblesse du cadre juridique (législatif et réglementaire) et institutionnel d'appui aux mutuelles de santé ;
- inexistence d'un cadre global du financement de la santé et de la protection sociale servant de cadre à la définition des relations entre les mutuelles de santé et les mécanismes formels de financement de la santé ;
- insuffisance dans l'élaboration des rôles de l'Etat et de ses démembrements (services déconcentrés) et des communes dans la promotion des mutuelles de santé; nécessité de définir les modes d'intervention de l'Etat et des communes dans le cadre de la promotion des mutuelles de santé ;
- forte concentration des expériences dans certains départements réduisant ainsi les effets de démonstration des initiatives mutualistes ;
- insuffisance des capacités de communication et de sensibilisation en matière de mutualité ;
- insuffisance des capacités de formation en matière de mutualité ;
- insuffisance des systèmes d'information et de suivi des mutuelles de santé ;

- contraintes des structures d'appui (faiblesse des ressources humaines et matérielles insuffisance et lenteurs dans la mise à disposition des ressources financières) ;
- nécessité de renforcer les cadres de concertation et de coordination des acteurs impliqués dans la promotion des mutuelles de santé.

5.2.2. Fossés au niveau opérationnel

La définition des paramètres fondamentaux et le développement des mutuelles de santé sont confrontés à plusieurs contraintes liées au contexte, à l'organisation et la gestion des mutuelles de santé et à leurs relations avec les prestataires. Ainsi, pour faciliter l'implantation et le bon fonctionnement des mutuelles de santé dans le pays, il s'avère nécessaire de faire face aux problèmes suivants :

- méfiance des populations liée aux expériences malheureuses avec d'autres initiatives de cotisations où les ressources des populations ont été détournées ;
- faible capacité contributive des ménages qui, dans certains contextes, est aggravée par le caractère imprévisible du paiement des revenus des cultures de rente (cas de la culture du coton) ;
- niveau élevé d'analphabétisme des populations et des membres des mutuelles de santé ;
- faibles taux de pénétration des populations -cibles et petite taille des mutuelles de santé dans beaucoup d'initiatives mutualistes ;
- manque de politique de promotion de l'équité, exclusion des indigents pour raison d'incapacité de paiement des cotisations ;
- irrégularité dans le paiement des cotisations, faible taux de recouvrement des cotisations ;
- très faible niveau d'alphabétisation des responsables de la gestion des mutuelles ;
- faiblesse de la formation en gestion administrative et financière des responsables des mutuelles de santé ;
- bénévolat des membres des organes et des responsables de la gestion qui pose le problème de la disponibilité et de la motivation des responsables des mutuelles de santé ;
- bénévolat des membres des organes et irrégularité des rencontres des organes ;
- insuffisance de la fonctionnalité des organes de contrôle interne des mutuelles de santé ;
- insuffisance des moyens propres des mutuelles de santé pour assurer leur équipement et leur fonctionnement ;
- faible développement des réseaux et de structures d'auto-encadrement des mutuelles de santé, forte dépendance vis-à-vis les structures d'appui ;
- faiblesse de l'information, de la sensibilisation et de la formation du personnel de santé en matière de mutualité ;
- faiblesse dans les relations contractuelles entre les mutuelles et les prestataires : inexistantes de convention écrite dans certaines expériences mutualistes ;
- mauvaise qualité des services de santé qui est souvent source de conflits dans le cadre des relations entre les mutuelles de santé et les prestataires, surtout dans des contextes où des habitudes de vente parallèle de médicaments et de rançonnement des patients se sont durablement installés.

5.2.3. Principaux défis et enjeux pour le futur

En somme, les acteurs du développement des mutuelles au Bénin partagent la compréhension qu'ils devront faire aux défis et enjeux suivants au cours des prochaines années :

- mise en place d'un environnement favorable au développement des mutuelles de santé ;
- augmentation de la population couverte par les mutuelles de santé ;
- accroissement du nombre de systèmes d'assurance maladie fonctionnels ;
- pérennisation des acquis en matière de mutualité dans le secteur de la santé ;
- renforcement de la viabilité technique et financière des mutuelles de santé ;
- renforcement des capacités managériales des dirigeants des mutuelles ;
- généralisation du système de réassurance.

VI. Objectifs et axes stratégiques d'intervention

6.1. But

Le but du plan stratégique pour le développement des mutuelles de santé est de « contribuer à la réduction de la pauvreté par l'amélioration des conditions socio- sanitaires des populations sur la base de mécanismes alternatifs de financement, de protection sociale et de participation communautaire ».

Il est fondé sur la compréhension partagée par le Ministère de la Santé et les acteurs du développement des mutuelles de santé sur le potentiel important des mutuelles de santé pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé, promouvoir la protection des revenus et créer des conditions favorables à une participation plus active des populations dans la prise de décision en matière de santé. Dans cette perspective, le plan stratégique s'inscrit dans les mesures qu'engagent conjointement le Ministère de la Santé et les acteurs du développement des mutuelles de santé dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire, pour renforcer la contribution des interventions sanitaires à la réduction de la pauvreté dans le pays.

6.2. Objectifs

L'objectif général du plan stratégique pour le développement des mutuelles de santé est de « promouvoir le développement des mutuelles de santé sur l'ensemble du territoire en vue d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité ».

Pour atteindre son objectif général, le plan stratégique pour le développement des mutuelles de santé vise les objectifs spécifiques suivants :

1. créer un environnement favorable pour le développement des mutuelles de santé ;
2. augmenter la population couverte par les mutuelles de santé fonctionnelles d'environ 90 000 bénéficiaires en 2005 à 2 000 000 bénéficiaires en 2013;
3. renforcer les capacités techniques et institutionnelles des mutuelles de santé ;
4. renforcer les capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé.

6.3. Stratégie générale et axes d'intervention

La multiplication et la diversification des expériences mutualistes au cours des dix dernières années dans le secteur de la santé au Bénin ont généré des leçons sur lesquelles est bâtie la stratégie générale du plan de développement des mutuelles de santé. Parmi celles-ci, on peut retenir que la diversité des catégories sociales et économiques couvertes par les mutuelles de santé démontre l'adaptabilité des mutuelles de santé et leur acceptabilité par les populations béninoises. Cependant, la mise en place d'une mutuelle de santé est un processus complexe et long, par conséquent le développement des mutuelles de santé nécessite un engagement d'appui à moyen et long terme, un investissement soutenu et un suivi régulier. En outre, une mutuelle de santé ne peut être durable que si elle bénéficie d'une véritable appropriation par les populations et les organisations communautaires de base. Enfin, la mise en place des mutuelles de santé selon une approche intégrée permet d'atteindre des taux de pénétration élevés des populations cibles et de réaliser des taux élevés de recouvrement des cotisations.

Ces leçons apprises de l'expérience béninoise constituent la base des deux piliers stratégiques du plan que sont :

- le renforcement des capacités des mutuelles de santé existantes et
- la promotion de nouvelles initiatives mutualistes pour accroître le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles et la population couverte par les mutuelles de santé.

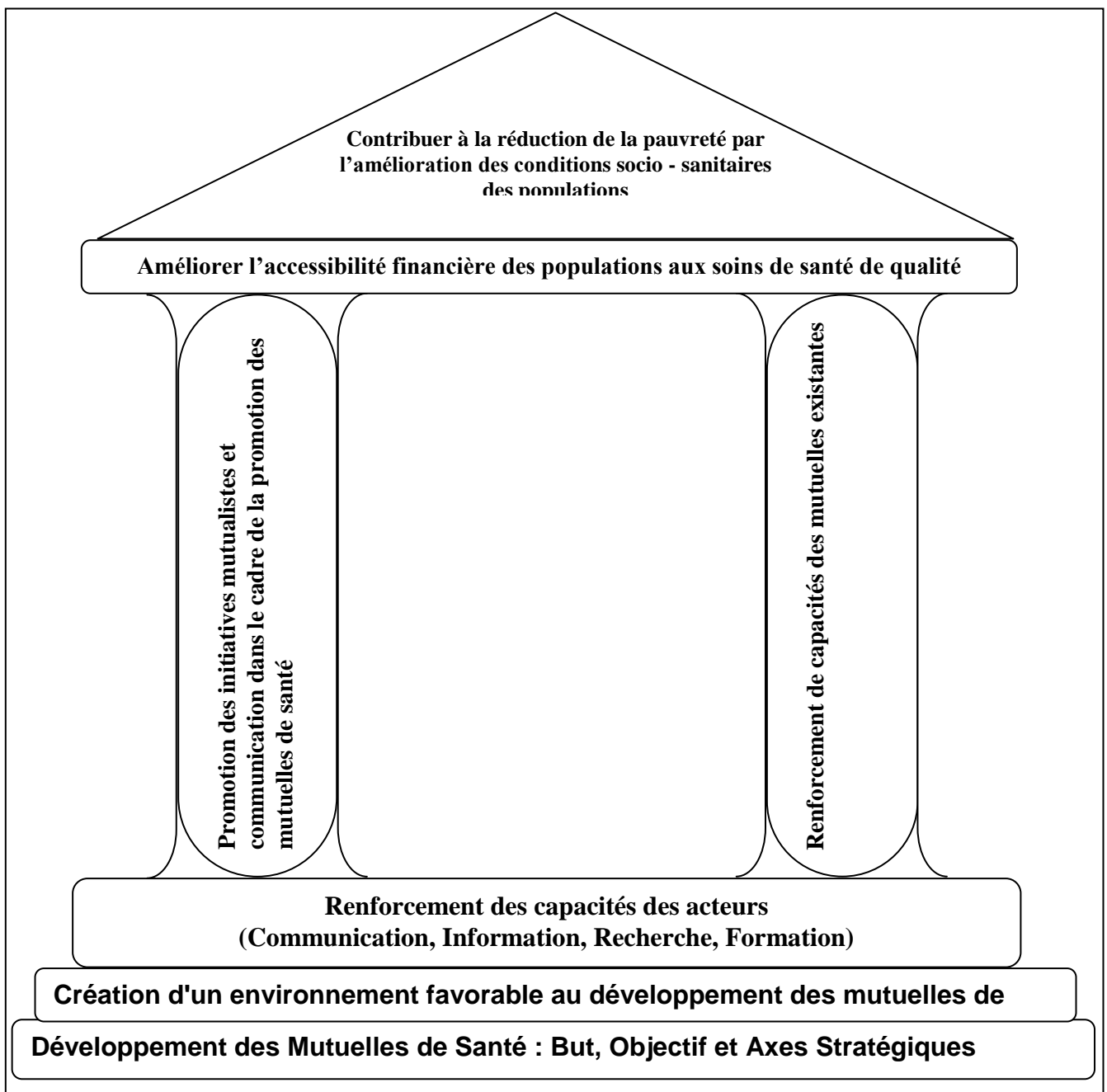
Pour promouvoir l'extension et la pérennité des mutuelles de santé au Bénin, le plan stratégique va renforcer les fondations pour supporter ces deux piliers stratégiques à travers le renforcement des capacités humaines des acteurs et la création d'un environnement favorable au développement des mutuelles de santé. Ainsi, telle que schématisée dans la figure ci-dessous, la stratégie générale du plan est déclinée en quatre axes d'intervention :

Axe 1: Création d'un environnement favorable au développement des mutuelles de santé ;

Axe 2: Promotion des initiatives mutualistes et communication dans le cadre de la promotion des mutuelles de santé;

Axe 3 : Renforcement des capacités techniques et institutionnelles des mutuelles de santé ;

Axe 4: Renforcement des capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé (formation, recherche et système d'information et de gestion).



6.3.1 Axe stratégique 1 : création d'un environnement favorable au développement des mutuelles de santé

Le résultat général attendu à travers l'axe stratégique 1 est un encadrement et une coordination plus efficaces des initiatives mutualistes afin de faciliter la transition de la phase actuelle d'émergence à une phase de développement des mutuelles de santé et l'intégration harmonieuse des mutuelles de santé dans les institutions et le tissu socio-sanitaires du pays. A cette fin, les résultats spécifiques ci-dessous sont attendus au cours de l'horizon du plan stratégique.

Résultat Attendu 1.1 :

Texte de loi et décret d'application régissant les systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté adoptés avant fin 2009.

Résultat Attendu 1.2 :

Un programme national d'appui au développement des mutuelles avec des ressources humaines, matérielles et financières suffisantes mise en place avant fin mars 2009.

Pour atteindre ces résultats, l'axe stratégique 1 est décliné en deux sous- axes :

- mise en place d'un cadre juridique,
- création d'un programme national d'appui au développement des mutuelles de santé.

Ces sous- axes sont élaborés en actions dans la section suivante.

6.3.2. Axe stratégique 2 : promotion des initiatives mutualistes et communication dans le cadre de la promotion des mutuelles de santé;

Le résultat général attendu à travers l'axe stratégique 2 est la densification des mutuelles de santé dans l'ensemble des départements du pays.

Il est attendu que lorsque chaque département disposera des expériences avérées de mutuelles de santé, comme dans le département du Borgou, l'extension des mutuelles de santé sera facilitée dans l'ensemble du département à travers des effets de démonstration, les voyages d'études inter et intra- départementaux, et la formation par les pairs et les voisins. Ainsi, les résultats spécifiques suivants ci-dessous sont attendus à l'horizon du plan stratégique.

Résultat Attendu 2.1 :

Au moins 75% des arrondissements⁵ du pays dispose d'une mutuelle de santé fonctionnelle à l'horizon 2013.

Résultat Attendu 2.2:

Au moins 75% des mutuelles de santé fonctionnelles sont satisfaites des relations contractuelles avec les prestataires de soins.

Résultat Attendu 2.3:

Chaque réseau de mutuelle dispose d'un plan de communication et l'exécute correctement

Résultat Attendu 2.4:

Au moins 75 % des mutuelles de santé fonctionnelles ont un nombre de bénéficiaires supérieur ou égal à 2 000 en 2013.

Résultat Attendu 2.5 :

Le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles est passé de 100 en 2005 à 520 en 2013. Pour atteindre ces résultats, l'axe stratégique 2 est décliné en trois sous- axes :

- définition des stratégies de diffusion des mutuelles de santé,
- amélioration de l'offre de soins au Bénin,
- communication pour un changement de comportement

Ces sous- axes sont élaborés en actions dans la section suivante.

⁵ Les communes à statut particulier comme Cotonou, Porto Novo et Parakou feront l'objet d'un résultat exceptionnel

6.3.3. Axe stratégique 3 : renforcement des capacités des mutuelles de santé

Le résultat attendu à travers l'axe stratégique 3 est de développer les capacités des mutuelles aux points de vue financier, organisationnel, juridique et institutionnel, afin qu'elles donnent satisfaction à leurs membres, qu'elles développent une collaboration fructueuse avec les formations sanitaires conventionnées et qu'elles élargissent leur partenariat avec les autres acteurs de leur environnement.

Résultat Attendu 3.1 :

Les mutuelles de santé sont dotées de personnalité morale

Résultat Attendu 3.2 :

Au moins 75% des responsables maîtrisent les paramètres et procédures de gestion de leur mutuelle

Résultat Attendu 3.3 :

100% des mutuelles sont capables de présenter des rapports (financier et moral) conformes

Résultat Attendu 3.4 :

Au moins 75 % des mutuelles de santé fonctionnelles ont un taux de recouvrement moyen des cotisations supérieur ou égal à 75% en 2013

Résultat Attendu 3.5 :

100 % des mutuelles de santé fonctionnelles remboursent régulièrement leurs prestataires de soins conventionnés en 2013

Pour atteindre ces résultats attendus, l'axe stratégique 3 est décliné en trois sous-axes :

- renforcement des capacités des ressources humaines,
- renforcement des capacités institutionnelles,
- renforcement des capacités de mobilisation des ressources financières

Ces sous-axes sont élaborés en actions dans la section suivante.

6.3.4 Axe stratégique 4 : Renforcement des capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé

Le résultat général attendu à travers l'axe stratégique 4 est le renforcement des capacités techniques des acteurs du développement des mutuelles de santé en matière de communication (plaidoyer, sensibilisation, marketing), d'information, de recherche et de formation pour promouvoir la viabilité des mutuelles de santé. A cette fin, les résultats spécifiques ci-dessous sont attendus.

Résultat Attendu 4.1 :

Un système national d'information et de suivi des mutuelles mis en place avant fin 2010.

Résultat Attendu 4.2 :

Les acteurs du secteur de la santé (niveau central, intermédiaire et périphérique) et les élus locaux sont formés aux principes des mutuelles de santé

Résultat Attendu 4.3 :

Un catalogue de l'offre nationale de formation sur la mutualité est disponible et connu dans les institutions de formation

Pour atteindre ces résultats, l'axe stratégique 4 est décliné en deux sous- axes :

- Mise en place d'un système national d'information, de suivi et de recherche sur les mutuelles de santé,
- Mise en plan d'un plan national de formation des acteurs.

Ces sous - axes sont élaborés en actions dans la section suivante.

VII. Activités

<i>Axe Stratégique 1: Création d'un environnement favorable au développement des mutuelles de santé</i>			
<i>Résultats Attendus</i>	<i>Sous- Axes Stratégiques/Activités</i>	<i>Responsables</i>	<i>Echéance</i>
<p>Résultat Attendu 1.1 : Texte de loi et décret d'application régissant les systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté adopté avant fin 2009</p>	<p><i>Sous- axe 1.1 Mise en place d'un cadre juridique.</i></p> <p><i>Activités :</i> Amender le draft du document juridique sur les mutuelles de santé. Valider le document au plan national Introduire l'avant projet de lois dans le circuit administratif Adoption et diffusion de la loi Introduire l'avant projet de décret dans le circuit administratif Prise du décret d'application Diffusion du décret d'application Mise en place d'un cadre de contractualisation entre mutuelle de santé et l'offre de soins</p>		<p><i>Octobre 2008</i> <i>Fin 2009</i> <i>Janvier 2010</i></p> <p><i>Mi 2010</i></p>
<p>Résultat Attendu 1.2 : Un programme national d'appui au développement des mutuelles avec des ressources humaines, matérielles et financières suffisantes mise en place au MS avant fin 2009</p>	<p><i>Sous- axe 1.2 Mise en place d'un programme national d'appui au développement des mutuelles de santé</i></p> <p><i>Activités :</i> Créer un programme national de développement des mutuelles de santé Doter le programme national de développement des mutuelles de santé de moyens humains, matériels et financiers suffisants</p>		<p><i>Fin jan. 2009</i></p>

<i>Axe Stratégique 2 : Promotion des initiatives mutualistes et communication dans le cadre de la promotion des mutuelles de santé;</i>			
Résultats Attendus	Sous -axes Stratégiques/Activités	Responsables	Période
<p>Résultat Attendu 2.1 : Au- moins 75% des arrondissements du pays dispose d'une mutuelle de santé fonctionnelle à l'horizon 2013</p> <p>Résultat Attendu 2.2 : Au- moins 75 % des mutuelles de santé fonctionnelles ont un nombre de bénéficiaires supérieur ou égal à 2.000 en 2013</p> <p>Résultat Attendu 2.3 Au- moins 75% des mutuelles de santé fonctionnelles sont satisfaites des relations contractuelles avec les prestataires de soins</p>	<p><i>Sous- axe 2.1. Stratégies de diffusion des mutuelles de santé au Bénin</i> <i>Activités :</i> Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation de la population Instaurer une journée nationale de la mutualité au Bénin Coordonner les interventions des différents opérateurs Commanditer au niveau national des études de faisabilité Appuyer la mise en place des mutuelles de santé en particulier dans les zones non programmées Etablir un partenariat avec les ONG et les promoteurs pour la mise en place des mutuelles dans ces zones</p> <p><i>Sous- axe 2.2. Amélioration de l'offre de soins au Bénin</i> <i>Activités :</i> Poursuivre l'extension de la couverture sanitaire à tout le pays (pour mémoire) Doter les formations sanitaires en ressources matérielles et humaines qualifiées suffisantes (pour mémoire) Inciter les agents de santé à mieux collaborer avec les mutualistes Instaurer au niveau local des mécanismes d'évaluation de la collaboration entre mutualiste et prestataire de soins</p>	<p>Programme (PADMS) Structures impliquées : promoteurs</p> <p>MSP Structures impliquées : promoteurs, mutualistes</p>	
<p>Résultat attendu 2.4: Chaque réseau de mutuelles dispose d'un plan de communication</p> <p>Résultat Attendu 2.5 : Tous les réseaux de mutuelles de santé disponibles ont une convention avec au-moins une radio communautaire pour la promotion de la mutualité</p>	<p><i>Sous-axe 2.5: Communication</i> <i>Activités</i> Élaborer un plan de communication pour le développement des mutuelles de santé Élaborer les termes de références Mettre en place une équipe pour l'élaboration du plan conformément au TDR Organiser un atelier de validation du plan de communication Mettre en place une structure de mise en œuvre du plan au niveau des réseaux de mutuelles de santé Définir la composition de la structure Déterminer son cahier de charges Former les membres de la structure Mobiliser les ressources nécessaires Evaluer le plan de communication Commencer un cabinet d'expertise pour l'évaluation du plan de communication Organiser une séance de restitution de l'évaluation</p>		

Axe Stratégique 3 : Renforcement des capacités des mutuelles de santé existantes			
Résultats Attendus	Sous-axes Stratégiques/Activités	Responsables	Période
<p>Résultat Attendu 3.1 : Les mutuelles de santé sont dotées de personnalité morale</p> <p>Résultat Attendu 3.2 : Au moins 75% des responsables maîtrisent les paramètres et procédures de gestion de leur mutuelle</p> <p>Résultat Attendu 3.3 : Au moins 75% des mutuelles sont capables de présenter des rapport (financier et moral) conformément</p> <p>Résultat Attendu 3.2 : Au -moins 75 % des mutuelles de santé fonctionnelles ont un taux de recouvrement moyen des cotisations supérieur ou égal à 75% en 2013</p> <p>Résultat Attendu 3.3 : Au -moins 75 % des mutuelles de santé fonctionnelles remboursent régulièrement leurs prestataires de soins conventionnés en 2013</p>	<p><i>Sous- axe 3.1. Renforcement des capacités des ressources humaines des mutuelles de santé</i></p> <p><i>Activités :</i> Identifier les besoins de formation Elaborer les plans et outils de formation par types d'acteurs Mettre en œuvre les plans et outils de formation Mettre en place un mécanisme de suivi-évaluation Organiser des visites d'échange et voyages d'études Identifier et assurer les appuis techniques nécessaires</p> <p><i>Sous -axe 3.2. Renforcement des capacités institutionnelles</i></p> <p><i>Activités :</i> Elaborer les textes statutaires et réglementaires Obtenir la reconnaissance juridique des organisations mutualistes Elaborer et diffuser les manuels de procédure Identifier les partenaires associés au développement des mutuelles et les axes de collaboration Elaborer des outils de plaidoyer adaptés aux différents partenaires Institutionnaliser la contractualisation avec l'offre de soins et inciter l'implication des agents de santé Favoriser la négociation de conditions préférentielles avec les mass-médias Définir des normes minima de gestion technique (ratios, normes prudentielles...) Définir des mécanismes de consolidation financière des mutuelles (fonds de garantie, de réassurance, réserves obligatoires...)</p> <p><i>Sous - axe 3.3. Renforcement des capacités de mobilisation des ressources financières</i></p> <p><i>Activités :</i> Définir et mettre en œuvre les mécanismes appropriés de collecte des cotisations Appuyer la recherche de financements externes</p>	<p>PADMS Promoteurs</p>	<p>En permanence</p>

Axe Stratégique 4: Renforcement des capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé			
Résultats Attendus	Sous -axes Stratégiques/Activités	Responsables	Période
<p>Résultat Attendu 4.1 : Un système national d'information et de suivi des mutuelles de santé mis en place avant fin 2010</p>	<p><i>Sous- axe 4.1. Système d'information et de suivi, recherche</i></p> <p><i>Activités</i></p> <p>Finaliser et valider le cadre de référence existant Harmoniser vocabulaire et concepts (Glossaire) Définir les informations et les indicateurs utiles Définir les mécanismes de collecte Type d'information Outils Procédures Fréquences Acteurs Définir les mécanismes d'évaluation Suivi/Evaluation des performances des mutuelles (Effets...) Evaluation de l'impact des mutuelles Evaluation du dispositif Créer un observatoire des mutuelles Définir les termes de référence, les cahiers de charges de l'observatoire Organiser la mise en place de l'observatoire Mettre en place un groupe témoin Capitaliser les acquis et préoccupation du secteur Promouvoir la recherche sur les mutuelles de santé Identifier les domaines de recherche Identifier les structures réseaux et les thématiques de recherche (niveau national, sous régional et international) en matière de mutuelle Promouvoir la recherche dans la mutualité par le partenariat technique et financier Soutenir la diffusion des résultats de la recherche (financier, logistique) Créer une plate forme de chercheurs nationaux sur la mutualité Promouvoir les mesures incitatives pour les chercheurs nationaux</p>	<p>PADMS, Promoteurs</p>	<p>En permanence</p>

Axe Stratégique 4: Renforcement des capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé			
Résultats Attendus	Sous -axes Stratégiques/Activités	Responsables	Période
<p>Résultat Attendu 4.2 : Les acteurs du secteur de la santé aux différents niveaux sont formés</p> <p>Résultat attendu : 4.3 Un catalogue de offre de formation est disponible et connu dans les institutions de formation</p>	<p><i>Sous- axes 4.2 et 4.3: Formation</i></p> <p><i>Activités :</i> Produire des matériels et modules de formation sur les mutuelles de santé portant sur les domaines suivants selon les groupes cibles : Initiation /Sensibilisation à la mutualité Processus de création/mise en place des mutuelles de santé Gestion de l'assurance maladie Gestion de l'organisation Mobilisation sociale Gouvernance Développement stratégique des mutuelles de santé Diversifier l'offre de formation Mettre en place des cadres de collaboration avec les autres offres existantes, notamment sur l'offre locale de formation Encourager l'émergence de l'expertise locale Développer la formation par les pairs (Organiser des voyages d'études à l'intérieur du pays et dans la sous- région) Mettre en place un centre de documentation pour l'autoformation</p>	<p>PADMS Promoteurs</p>	

VIII. Suivi- évaluation : matrices des objectifs, résultats attendus et indicateurs

Résultats Attendus	Indicateur	Niveau de Mesure	Périodicité	Mesure de l'indicateur	Sources de données
Objectif Spécifique 1 : Créer un environnement favorable pour le développement des mutuelles de santé					
Résultat Attendu 1.1 : Texte de loi et décret d'application régissant les systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté adoptés avant fin 2009	Indicateur 1.1.1 : Disponibilité de la loi relative aux mutuelles de santé avant fin 2007	Central	Année 2009	Publication du décret portant application de la loi relative aux systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté adoptés avant fin 2007 dans le journal officiel du Bénin	<i>Document de la loi ou du décret ou le journal officiel</i>
	Indicateur 1.1.2 : Disponibilité d'un décret portant application de la loi relative aux systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté adoptés avant fin juin 2010	Central			
	Indicateur 1.1.3 : Acteurs du développement des mutuelles de santé formés sur les dispositions de la loi et du décret régissant les systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté par département	Départemental	Par An	Nombre de membres des conseils d'administration des mutuelles de santé formés sur la loi et le décret d'application de la loi relative aux systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté	<i>Rapports d'atelier de formation</i>
Résultat Attendu 1.2 : Un programme national d'appui au développement des mutuelles de santé avec des ressources humaines, matérielles et financières suffisantes mise en place avant fin 2007	Indicateur 1.2.1 : Disponibilité d'un décret/arrêté créant l'unité centrale d'appui au développement des mutuelles de santé avant fin 2007	Central	Année 2009	-Publication du décret/arrêté créant l'unité centrale d'appui au développement des mutuelles de santé avant fin 2007 dans le journal officiel du Bénin -Transmission au service utilisateur	<i>Journal officiel ou Cabinet MSP (bordereau de transmission)</i>
	Indicateur 1.2.2 : Crédit alloué au programme d'appui au développement des mutuelles de santé	Central	Par An	Montant en FCFA du crédit consommé au cours de l'année par le programme national d'appui au développement des mutuelles de santé	<i>Fiche bilan, Rapport d'auto - évaluation</i>
	Indicateur 1.3.2 : Subventions d'appui aux initiatives mutualistes par département	Départemental	Par An	Montant en FCFA alloué pour appuyer les initiatives mutualistes (mutuelles existantes, mutuelles en gestation, réseaux de mutuelles de santé) par département	

Objectif Spécifique 2 : Augmenter la population couverte par les mutuelles de santé fonctionnelles de 90 000 En 2005 à 2 000 000 en 2013					
Résultat Attendu 2.1 : Au moins 75 % des mutuelles de santé fonctionnelles ont un nombre de bénéficiaires supérieur ou égal à 2.000 en 2010	Indicateur 3.1.1 : Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles qui ont un nombre de bénéficiaires supérieur ou égal à 2.000 par département	Départemental	Par An	Enumération des mutuelles de santé fonctionnelles qui ont un nombre de bénéficiaires supérieur ou égal à 2.000 dans chaque département au 31 Décembre de l'année	<i>Registre des bénéficiaires</i> <i>Rapport de l'EEZ</i> <i>Rapport d'activité des mutuelles</i>
	Indicateur 3.1.2 : Proportion (%) des mutuelles de santé fonctionnelles qui ont un nombre de bénéficiaires supérieur ou égal à 2.000	Central	Par An	Numérateur : Somme de Indicateur 3.1.1 sur l'ensemble du pays Dénominateur : Somme de Indicateur 2.1.1 sur l'ensemble du pays	
Résultat Attendu 2.2 : Au moins 75% des arrondissements du pays dispose d'une mutuelle de santé fonctionnelle à l'horizon 2010	Indicateur 2.1.1 : Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles par département	Départemental	Par An	Enumération des mutuelles de santé qui ont assuré régulièrement la prise en charge de leurs bénéficiaires dans chaque département au 31 Décembre de l'année	<i>Rapport d'activité des mutuelles</i> <i>Factures des prestataires de soins</i>
	Indicateur 2.1.2 : Proportion (%) des arrondissements qui disposent d'une mutuelle de santé fonctionnelle	Central	Par An	Numérateur : Nombre d'arrondissements disposant d'au moins une mutuelle de santé qui a assuré régulièrement la prise en charge de leurs bénéficiaires au 31 Décembre de l'année Dénominateur : Nombre d'arrondissements dans le pays au 31 Décembre de l'année	<i>Rapport d'activité des mutuelles</i> <i>Factures des prestataires de soins</i>
Résultat Attendu 2.3: Au- moins 75% des mutuelles de santé fonctionnelles sont satisfaites des relations contractuelles avec les prestataires de soins	Indicateur 2.2.1 : Proportion (%) des mutuelles de santé fonctionnelles qui ont des conventions écrites signées avec les prestataires	Central	Par An	Numérateur : Nombre des mutuelles de santé fonctionnelles qui ont des conventions écrites signées avec les prestataires au 31 Décembre de l'année Dénominateur : Somme de Indicateur 2.1.1 sur l'ensemble du pays	<i>Prestataire de soins</i> <i>Rapport d'activité des mutuelles</i> <i>Factures des prestataires de soins</i> <i>Inventaire</i>
	Indicateur 2.2.2 : Proportion (%) des mutuelles de santé fonctionnelles qui jugent satisfaisant leurs relations avec les prestataires de soins	Département al et Central	Par An	<i>Numérateur : nombre de mutuelles satisfaites</i> <i>Dénominateur : nombre de mutuelle fonctionnelles</i>	<i>Rapport d'évaluation de la collaboration</i> <i>Enquête</i>

Objectif Spécifique 2 : Augmenter la population couverte par les mutuelles de santé fonctionnelles de 90 000 En 2005 à 2 000 000 en 2013

<p>Résultat Attendu 4.1 : Tous les réseaux de mutuelles de santé disponibles ont une convention avec au moins une radio communautaire pour la promotion de la mutualité</p>	<p>Indicateur 4.1.1 : Nombre de réseaux de mutuelles de santé fonctionnels par département</p>	<p>Départemental</p>	<p>annuelle</p>	<p>Enumération des réseaux de mutuelles de santé fonctionnels dans chaque département au 31 Décembre de l'année</p>	
--	---	----------------------	-----------------	---	--

Objectif Spécifique 3 : Renforcer les capacités techniques et institutionnelles des mutuelles de santé					
Résultat Attendu 3.1 : Au moins 75 % des mutuelles de santé fonctionnelles ont un taux de recouvrement moyen des cotisations supérieur ou égal à 75% en 2011	Indicateur 3.1.1 : Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles qui ont un taux de recouvrement des cotisations supérieur ou égal à 75% par département	Départemental	annuelle	Enumération des mutuelles de santé fonctionnelles qui ont un taux de recouvrement des cotisations supérieur ou égal à 75% dans chaque département au 31 Décembre de l'année	<i>Fiche ou rapport de suivi au niveau de la zone sanitaire</i>
	Indicateur 3.1.2 : Proportion (%) des mutuelles de santé fonctionnelles qui ont un taux de recouvrement moyen des cotisations supérieur ou égal à 75%	Central	annuelle	Numérateur : Somme de Indicateur 3.1.1 sur l'ensemble du pays Dénominateur : Somme de Indicateur 2.1.1 sur l'ensemble du pays	<i>Fiche ou rapport de suivi au niveau de la zone sanitaire</i>
Résultat Attendu 3.2 : 100 % des mutuelles de santé fonctionnelles remboursent régulièrement leurs prestataires de soins conventionnés en 2010	Indicateur 3.2.1 : Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles qui n'ont aucun mois d'arriéré de paiement vis à vis de leurs prestataires conventionnés par département	Départemental	annuelle	Enumération des mutuelles de santé fonctionnelles qui n'ont aucun mois d'arriéré de paiement vis à vis de leurs prestataires conventionnés dans chaque département au 31 Décembre de l'année	<i>Rapport financier des mutuelles</i>
	Indicateur 3.2.2 : Proportion (%) des mutuelles de santé fonctionnelles qui n'ont aucun mois d'arriéré de paiement vis à vis leurs prestataires conventionnés	Central	annuelle	Numérateur : Somme de Indicateur 3.2.1 sur l'ensemble du pays Dénominateur : Somme de Indicateur 2.1.1 sur l'ensemble du pays	<i>Fiche ou rapport de suivi au niveau de la zone sanitaire</i>
Résultat attendu 3.3 : Les mutuelles de santé sont dotées de personnalité morale	Indicateur 3.3.1 : Nombre de mutuelle de santé fonctionnelle ayant un agrément	<i>Central</i>	<i>annuelle</i>		<i>MS</i>
Résultat attendu 3.4 : Au moins 75% des responsables des mutuelles de santé maîtrisent les paramètres et procédures de gestion de leur mutuelle	Indicateur 3.4.1 : Proportion de mutuelles faisant un bon usage des outils de gestion			Bon Remplissage des outils	
	Indicateur 3.4.2 : Proportion de mutuelles dont les organes fonctionnent normalement			Tenue régulière des réunions statutaires	

Objectif Spécifique 4 : Renforcer les capacités humaines des acteurs du développement des mutuelles de santé					
Résultat Attendu 4.1 : Un système national d'information et de suivi des mutuelles de santé mis en place avant fin 2007	Indicateur 4.1.1: Un plan de développement d'un système national d'information et de suivi des mutuelles de santé adopté par l'ensemble des acteurs	Central	Année 2007	Publication du rapport de l'atelier de validation du plan de développement d'un système national d'information et de suivi des mutuelles de santé	<i>MS</i>
	Indicateur 4.1.2 : Disponibilité d'un document sur la situation des mutuelles de santé	Central	annuelle	Publication du rapport annuel sur la situation des mutuelles de santé au Bénin avant la fin du mois de Mars	<i>MS</i>
Résultat Attendu 4.2 : Les acteurs du secteur de la santé aux différents niveaux sont formés ou recyclés	Indicateur 4.2.1 : Nombre d'ateliers de formation/recyclage des acteurs du secteur de la santé	Central et Départemental	annuelle	Enumération des ateliers de formation ciblés sur les membres des organes dirigeants des mutuelles de santé au cours de l'année	<i>Enumération des ateliers de formation ciblés sur les acteurs du secteur de la santé</i>
	Indicateur 4.2.2 : Pourcentage d'acteurs de la santé formés ou recyclés Nombre des membres des organes dirigeants des mutuelles de santé formés/recyclés par département	Départemental	annuelle	Numérateur : nombre de personnes formées Dénominateur : nombre de personnes à former	
Résultat attendu : 4.3 Un catalogue de offre de formation est disponible et connu dans les institutions de formation	Indicateur 4.3.1 Diffusion du catalogue	<i>A tous les niveaux</i>		Liste de diffusion	<i>MS, PADMS</i>

IX. COÛTS ESTIMATIFS DU PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE

Axe stratégique1 : création d'un environnement favorable au développement des mutuelles de santé

	Activités	Cadre de mise en œuvre	Coût total (en Milliers)FCFA	Détail des coûts
Sous- axe 1.1 Mise en place d'un cadre juridique	1. Amender le draft du document juridique sur les mutuelles de santé.	1 Atelier national	PM	
	2. Valider le document au plan national	1 Atelier national	PM	
	3. Introduire l'avant projet de lois dans le circuit administratif	Suivi administratif des lois		
	4. Adoption et diffusion de la loi	Atelier d'information en direction de la Commission des lois	400	Entretien, déplacement des participants, Couverture Médiatique
		Production, de supports de diffusion les lois (Livrets, dépliants)	PM	
	Diffusion : 1 Atelier regroupant les membres de la CONSAMUS et une cinquantaine organisations mutualistes - 6 ateliers départementaux des élus locaux (2 élus locaux / Commune et agents des préfectures	PM PM		
	6 ateliers départementaux (7 représentants/ Zone Sanitaire et 1-2 / DDS)	PM		

	Activités	Cadre de mise en œuvre	Coût total (en Milliers) FCFA	Détail des coûts
Sous- axe 1.1 Mise en place d'un cadre juridique	Amender l'avant projet de décret d'application sur les mutuelles de santé	Atelier d'amendement du projet de décret d'application de la loi sur les mutuelles de santé	2.000	
	6. Introduire l'avant projet de décret dans le circuit administratif	Suivi par courriers administratifs	PM	
	7. Prise du décret d'application		PM	
	8. Diffusion du décret d'application	Tables rondes à la télévision.	PM	
		Diffusion sur les antennes des radions en langues locales	PM	

	Activités	Cadre de mise en œuvre	Coût total (en Milliers) FCFA	Détail des coûts
Sous axe : 1.2. Mise en place d'un programme national d'appui au développement des mutuelles de santé	Créer un programme national développement des mutuelles de santé	Elaboration de l'avant projet du document du programme par un les cadres du MS (DPP, DNPS) et un cabinet de consultation	3.500	Frais du consultant et prise en charge des cadres du Ministère de la Santé)
		1 Atelier de validation du document de Programme	5.000	
		Inscription du Programme au PIP.	PM	
	Doter le programme national d'appui au développement des mutuelles de santé de moyens humains, matériels et financiers suffisants		135.000 (Sans les salaires)	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources humaines : 4 cadres - 1 véhicule de coordination : 15.000.000frs - 2 véhicules de liaison : 4x4 :20.000.000frs - Projecteur vidéo - 5 ordinateurs de tables, - 2 ordinateurs Portables - Téléphone : (500.000 frs / mois) - -électricité, eau (150.000 frs) - Fournitures de bureau (150.000 frs / mois - -Carburant : 200.000 frs/ mois

	Activités	Cadre de mise en œuvre	Coût total (en milliers) FCFA	Détail des coûts
<p>Sous- axe 2.1. Stratégies de diffusion des mutuelles de santé au Bénin</p>		<p>1 Atelier national/an d'information et de plaidoyer envers les Bailleurs de fonds, les cadres et agents du MEPS, MFE, ONG ; 3 fois durant les 5 ans</p>	<p>17.000</p>	<p>Prise en charge des participants Bailleurs non compris ≈75 participants 75 participants x 32000 fcfa/ J x 1 jours x 3 = 7.200.000.frcs (T1)</p> <p>Repas des bailleurs de fonds : 500.000 /an x 3ans = 1.500.000 frs</p> <p>Déplacement+ couverture médiatique + location salles 2.500.000 frs / an x 3 ans : = 7.500.000. frs</p> <p>Fournitures : 2000f x 125 x participants x 3 ≈ 750.000f</p>
	<p>Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation de la population</p>	<p>1 Atelier / an pour les journalistes des radios et des télévisions.</p>	<p>21.250</p>	<p>Coût : 75 participants x 28.000.fcfa/J x 1 J x 5 = 10.500.000 frs</p> <p>Forfait pause café, location de Salles, couverture médiatique pour les 5 ans = 8.000.000 frs</p> <p>Fournitures : 2000f /participants x 75 participants x 5 = 750.000 frs</p> <p>Forfait déplacement des participants pour les 5 ateliers 2.000.000 frs</p>
		<p>1 campagne /an dans 100 Arrondissements du Bénin pendant 5 ans</p>	<p>50.000</p>	<p>100.000 FCFA / Arrondissement /campagne/ an x 5 ans. Chaque campagne couvrira 100 Arrondissement ; soit 10.000.000. frs / campagne Total des campagnes des 5 ans = 50.000.000 frs</p>

	Activités	Cadre de mise en œuvre	Coût total (en Milliers) FCFA	Détail des coûts
Sous- axe 2.1. Stratégies de diffusion des mutuelles de santé au Bénin	Instaurer une journée nationale de la mutualité au Bénin	Publicités -radios, télévisions, Conférences-débats, Panel, Plaidoyers envers tous les ministères, les couches socioprofessionnelles, les élus locaux,	50.000	Coût : 100.000 fcfa x /mutuelle / an Les activités de la Journée nale de mutualité vont concerner 100 mutuelles chaque année. Soit : 10.000.000 frs par an. Soit 50.000.000 frs pour les 5 ans
	Coordonner les interventions des différents opérateurs	- Appui matériel et en ressources humaines à 6 structures départementales de coordination	60.000	Matériel : 1 micro-ordinateur x 2.000.000.fcfa x 6 structures + 500.000fcfa de mobiliers x 6 = 15.000.000 fcfa Motos = 1.500.000f x 6 = 9.000.000f Fonctionnement : Carburant : 20000 f /mois x 6 structures x 12mois x 5 ans = 7.200.000f
		Une réunion annuelle de bilan, de concertation entre MS, promoteurs pour élaborer le plan opérationnel de l'année suivante	2.000	Entretien: 32000f /j x 2j x 75 participants x 1 réunion x 5ans = 4.800.000 frs Fournitures : 2000f/ participant x 75 x 5 ans = 750.000. frs Déplacement : 5.000 frs x 75 participants x 5 x 11500.000 frs = 1.875.000 frs ≈2.000.000 frs
		Elaboration et actualisation d'une cartographie d'intervention des promoteurs dans le secteur de la mutualité	5.000	5.000. Frs pour l'atelier
	Supervisions trimestrielles au niveau départemental :		4.800	32000f / J x 1 personne x 6 structures départementales x 3j/ trimestre x 4 trimestres / an x 5 ans =11.520.000 frs Supervision du niveau central : 32000 x 1 supervision / semestre x 2 / an x 2 personnes x 5 J x 5 ans 3.200.000 frs = soit 4.000.000 frs (y compris pour le chauffeur) = 4.000.000f

Sous- axe 2.1.	Activités	Cadre de mise en œuvre	Coût total (en Milliers) FCFA	Détail des coûts
Stratégies de diffusion des mutuelles de santé au Bénin	Commanditer au niveau national des études de faisabilité de mise en place de mutuelles de santé	12 Etudes de faisabilité dans les ZS non couvertes en mutuelles de santé sauf Cotonou, Porto-Novo Parakou au bout des 5 ans	120.000	10.000.000 frs / zone sanitaire (en moyenne une étude par zone sanitaire)
	Appuyer la mise en place des mutuelles de santé en particulier dans les zones non programmées.		180.000	Appui au processus de création, de mise en place des structures de gestion ; Formation des comités de gestion et des prestataires sur les outils de gestion ; Recouvrement des cotisations ; contractualisation etc. Le programme peut donner son appui à certains promoteurs sur l'une des étapes citées ci-dessous.

	Activités	Cadre de mise en œuvre	Coût total (en Milliers)FCFA	Détail des coûts
Sous- axe 2.1. Stratégies de diffusion des mutuelles de santé au Bénin	Etablir un partenariat avec les ONG (intervenant dans le domaine des mutuelles de santé et agréées par MS) et les promoteurs pour la mise en place des mutuelles dans ces zones.	Elaboration de l'accord de partenariat en tenant compte du cadre législatif et juridique proposé par le MS.	1.000	Elaboration l'accord de partenariat : 1.000.000 frs
		Visites du niveau central aux ONG demandant l'accord de partenariat pour vérifier leur effectivité et leurs compétences.	4.000	Visites pendant 5 ans 4.000.000 F

	Activités	Cadre de mise en oeuvre	Coût total (en Milliers)FCFA	Détail des coûts
Sous- axe 2.2. Amélioration de l'offre de soins au Bénin	Poursuivre l'extension de la couverture sanitaire à tout le pays (pour mémoire)	Six (6) ateliers départementaux de formation de certains membres des Equipes d'encadrement de Zone les 2 premières années	48.000	4.000.000 frs / atelier de 50 participants environs pendant 2 jours x 6 ateliers = 30.000.000 frs x 2 ans 48.000.000 frs
	Doter les formations sanitaires en ressources matérielles et humaines qualifiées suffisantes (pour mémoire)	Ateliers de formation dans les ZS pour démultiplier les formations les 2 premières années. Ces formations seront progressivement organisées en tenant compte des ZS couvertes.	68.000	≈ 34 ateliers de 2 j au niveau Zone Sanitaire de 50 participants prestataires ≈ 1.000.000 frs / atelier 1.000.000 frs / atelier / ZS x 34 ZS x 2 ans ≈ 68.000.000frs

	Activités	Cadre de mise en oeuvre	Coût total (en Milliers)FCFA	Détail des coûts
Sous- axe 2.2. Amélioration de l'offre de soins au Bénin	Instaurer au niveau local des mécanismes d'évaluation de la collaboration entre mutualiste et prestataire de soins	Une rencontre une fois par an entre prestataires de chaque ZS, mutualistes et promoteurs.	17.000.000	1rencontre / an / ZS dans chaque ZS avec 75 participants 50.000 frs / rencontre x 34 ZS x 5 ans 17.000.000.frs
		Tenue d'1 Assemblée Générale / an / mutuelle pendant les 5 ans	PM	

	Activités	Cadre de mise en oeuvre	Coût total (en Milliers) FCFA	Détail des coûts
Sous- axe 2.3: Communication	Élaborer un plan de communication pour le développement des mutuelles de santé	1 Cabinet de consultation	6.000.	100.000.frs / J/ Consultant x 30j x 2 Consultants = 6.000.000 frs
	Organiser un atelier de validation du plan de communication	1 Atelier de 5 j de validation de 50 participants environ	5.000	5.000.000 frs/ atelier x 1 atelier = 5.000.000. frs
	Mettre en place une structure de mise en œuvre du plan au niveau des réseaux de mutuelles de santé	Composition de l'Equipe de mise en œuvre par le Programme d'Appui au Développement des Mutuelles	PM	
	Diffuser le plan de Communication	6 ateliers départementaux de Diffusion du plan de communication	30.000	.000.000. frs / atelier x 6 ateliers = 30.000.000 frs
	Mobiliser des ressources pour la mise en œuvre des activités du plan	1 Atelier de plaidoyer auprès des bailleurs de fonds pour le financement des activités du plan de communication.	2.000	2.000.000. frs / atelier x 1 atelier = 2.000.000. frs
	Faire le suivi des activités de communication	1 Suivi / semestre / département dans les 12 départements	6.000	600.000 frs / suivi x 2 semestres / an x 5 an = 6.000.000 frs
	Evaluer le plan de communication 2 fois durant les 5 ans (à mi parcours et finale)	1 Cabinet de Consultation	18.000	100.000 Frs/ J x 2 consultants x 30 j x 2 évaluations = 18.000.000 frs
	Restitution des résultats des évaluations	2 Ateliers de restitution au niveau national	10.000	5.000.000 frs / atelier x 2 ateliers = 10.000.000 frs

Axe Stratégique 3 : Renforcement des capacités des mutuelles de santé existantes

	Activités	Cadre de mise en oeuvre	Coût total (en Milliers) FCFA	Détail des coûts
Sous- axe 3.1. Renforcement des capacités des ressources humaines des mutuelles de santé	Identifier les besoins de formation	Enquête de terrain par un Cabinet de consultants	2.000	100.000.frs / J/ Consultant x 10 j x 2 Consultants = 2.000.000 frs
	Validation des besoins en formation et recommandation des plans de formation	1 atelier	5.000.000	5.000.000 frs / atelier
	Elaborer les plans et outils de formation par types d'acteurs	Cabinet de consultation	3.000	100.000.frs / J / Consultant x 15 j x 2 Consultants = 3.000.000 frs
	Validation des plans et outils de formation	1 Atelier	5.000	5.000.000 frs / atelier x 1 atelier = 5.000.000 fr
	Mettre en œuvre le plan et outils de formation.	Multiplication et mise en œuvre.	110.000	Forfait pour la multiplication du plan et outils de formation : 10.000.000. frs Mise en œuvre du plan de formation 100.000.000.frs
	Mettre en place un mécanisme de suivi évaluation.			

	Organiser des visites d'échange et voyages d'études :	Participation à des rencontres scientifiques 5 délégués / an / rencontre pendant 5ans	37.500	1.500.000 frs / délégués/ an x 5 délégués x 5 ans = 37.500.000frs
		Participation de 20 cadres environs à des stages d'études d'une durée de 3 à 12 mois chaque année et pendant 5 ans.	200.000	2.000.000. frs/ participant x 20 participants x 5 ans = 200.000.000 frs
		Rencontres/ échanges inter mutualistes	30.000	100.000 frs / mutuelles x 100 mutuelles x 3 durant la période du programme = 30.000.000 frs
	Identifier et assurer les appuis techniques nécessaires.	Domaines d'appui à identifier lors des - supervisions ; - concertations ; - suivis / évaluations - exploitation des rapports d'activités - Assistance technique	PM	

Axe Stratégique 3 : Renforcement des capacités des mutuelles de santé existantes

	Activités	Cadre de mise en oeuvre	Coût total (en Milliers) FCFA	Détail des coûts
Sous -axe 3.2. : Renforcement des capacités institutionnelles	Elaborer les textes statutaires et réglementaires	Référence au modèle suggéré par le cadre juridique et législatif du MS	PM	5.000 frs/ mutuelle x 520 mutuelles ≈ 3.000.000 frs
	Multiplication et diffusion des textes statutaires et règlements.	Multiplication des textes	3.000	

Axe Stratégique 3 : Renforcement des capacités des mutuelles de santé existantes

	Activités	Cadre de mise en oeuvre	Coût total (Milliers cfa)	Détail des coûts
Sous -axe 3.2. Renforcement des capacités institutionnelles	Elaborer et diffuser les manuels de procédures.		11.000	Elaboration des manuels 100.000. Frs / J /Consultant x 2 Consultants x 30 j = 6.000.000 frs Validation du projet des manuels de procédures 5.000.000 frs / atelier x 1 atelier = 5.000.000 frs
	Diffuser les manuels de procédures	Multiplication des manuels de procédures	2.000	Multiplication des manuels de procédures de gestion 10.000 frs / manuel x 200 = 2.000.000 frs
	Identifier les partenaires associés au développement des mutuelles et les axes de collaboration	Comité de rédaction	1.000.	Comité de rédaction et de finalisation du document faisant le point des partenaires et leurs axes d'interventions (5 personnes pendant 3 jours) 32.000 frs x 5 pers x 3 j = 480.000 frs Forfait location salle, pause café et Déplacement = 500.000 frs Soit un total = 1.000.000 frs

Axe Stratégique 3 : renforcement des capacités des mutuelles de santé existantes

	Activités	Cadre de mise en oeuvre	Coût total (en Milliers) FCFA	Détail des coûts
Sous -axe 3.2. Renforcement des capacités institutionnelles	Obtenir la reconnaissance juridique des organisations mutualiste :	Amener les mutuelles à fournir les pièces de reconnaissance juridique (Voir cadre législatif pour la procédure)	PM	
		- Etude des dossiers de reconnaissance des organisations mutualistes	PM	
		- Visites aux organisations mutualistes pour vérifier l'exactitude des informations fournies par les organisations	PM	
		- Etablissement et signature de la convention	PM	
		1 Cabinet de consultation pour concevoir et diffuser un fichier des mutuelles reconnues	2000	2.000.000 frs pour la consultation

Axe Stratégique 3 : renforcement des capacités des mutuelles de santé existantes

	Activités	Cadre de mise en oeuvre	Coût total (en Milliers) FCFA	Détail des coûts
Sous -axe 3.2. Renforcement des capacités institutionnelles	Elaborer des outils de plaidoyer adaptés aux différents partenaires	1 Cabinet de consultation 1 Atelier de validation des outils	2000	100.000 frs / J / Consultant x 2 Consultants x 10 = 2.000.000 frs
	Validation des outils de plaidoyer élaborés		2.000	= 2000.000 frs / atelier

Axe Stratégique 3 : Renforcement des capacités des mutuelles de santé existantes

	Activités	Cadre de mise en oeuvre	Coût total (en Milliers)FCFA	Détail des coûts
Sous -axe 3.2. Renforcement des capacités institutionnelles	Institutionnaliser la contractualisation avec l'offre de soins et inciter l'implication des agents de santé	Elaboration d'un modèle contrat à vulgariser par le programme (Voir cadre législatif) Sensibiliser les mutualistes à signer un contrat avec les prestataires de soins	500 2000	Forfait pour l'élaboration du contrat (500.000 frs) Atelier d'1jour (50 partic.) 1 atelier = 2.000.000 frs
	Favoriser la négociation de conditions préférentielles avec les mass médias :	- Rencontres entre promoteurs et mass médias une fois par an pour un plaidoyer les 2 premières années - Contrat de partenariat signé avec les radios communautaires (Une radio / ZS ou inter réseaux)	6000 170 000	Frais liés aux prestations de services des radios
	Définir des normes minima de gestion technique (ratios, normes prudentielles...)	1 Cabinet de consultation 1 Atelier de validation des normes de gestion technique	2000 2000	
	Définir des mécanismes de consolidation financière des mutuelles (fonds de garantie, de réassurance, réserves obligatoires...)	(Activité à intégrer avec la précédente)		

Axe stratégique 3 : renforcement *des* capacités des mutuelles de santé existantes

	Activités	Cadre de mise en oeuvre	Coût total (en Milliers) FCFA	Détail des coûts
Sous - axe 3.3. Renforcement des capacités de mobilisation des ressources financières	Définir et mettre en œuvre les mécanismes appropriés de collecte des cotisations	1 Cabinet de consultation (Une étude par département: étude à commanditer pour les mutuelles en difficultés de collecte des cotisations)	60.000	5.000.000 frs x 12 départements = 60.000.000.frs départements= 60.000.frs
	Appuyer la recherche de financements externes	1 Atelier (tous les 2 ans) de formation des promoteurs, gestionnaires de mutuelles et cadres du Programme sur la mobilisation de financements externes	10.000	5.000.000 frs / atelier x 2 ateliers =10.000.000frs
		Définir et mettre en œuvre des mécanismes de subvention aux mutuelles de santé par l'Etat à travers la politique de protection sanitaire		
	Développer le partenariat mutuelle collectivités locales et autres			
	Définir et mettre en œuvre des mécanismes d'appui financier des mutuelles par l'Etat à travers la mise en œuvre des politiques nationales de protection sanitaire (fonds des indigents, gratuité des soins etc.)			

	Activités	Cadre de mise en oeuvre	Coût total (en Milliers) FCFA	Détail des coûts
Sous axe 4.1. Système d'information et de suivi, recherche	Finaliser et valider le cadre de référence existant	1 Atelier	10 000	5000.000 frs pour la consultation et 5.000.000 frs un atelier de 50 participants
	- Harmoniser le vocabulaire et les concepts (Glossaire) - Définir les informations et les indicateurs utiles - Rédaction du document du système d'information, de suivi et recherche.	Comité de rédaction de 5 à 10 personnes pendant 5 jours	3 000	32.000 frs x 10 pers x 5 jours = 1.600.000 frs Déplacement, fournitures et frais du consultant 3.000.000 frs

Axe stratégique 4: renforcement des capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé

	Activités	Cadre de mise en oeuvre	Coût total (en Milliers)FCFA	Détail des coûts
Sous axe 4.1. Système d'information et de suivi, recherche	Définir les mécanismes de collecte - Types de données, fréquences de - Fréquences de collecte, indicateurs	1 Atelier national pour intégrer les données à collecter sur les mutuelles de santé sur le SNIGS	5000	5.000.000frs pour la tenue de l'atelier
	Informatiser le système de Collecte et de traitement des données	Equipements des réseaux de mutuelles en micro-ordinateurs et accessoires	200.000	
	Définir les mécanismes de suivi et d'évaluation - Conception de logiciel de suivi évaluation. - Formation à l'utilisation du logiciel - Mise à disposition des réseaux de mutuelles du logiciel	1 Cabinet de consultation Ateliers de Formation Dotation en logiciel	18.000	100.000 frs x 2 Consultants x 60 j =12.000.000frs 1.000.000 frs / atelier x 6 départementaux de 20 pers. 6.000.000 frs PM

Axe stratégique 4: renforcement des capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé

	Activités	Cadre de mise en oeuvre	Coût total (en Milliers) FCFA	Détail des coûts
Sous axe 4.1. Système d'information et de suivi, recherche	Créer un observatoire des mutuelles	1 Cabinet de consultation pour élaborer la charte de l'observatoire	1.500	7.500.000 frs
		-1 Atelier des réseaux pour l'adoption de la charte et création de l'observatoire des mutuelles - Edition, multiplication et diffusion de la charte -Equipement de l'observatoire	5.000 1.000 PM	
	Promouvoir la recherche sur les mutuelles de santé	1 Etude commanditée par an cabinet de consultation (Exemple : impact des mutuelles de santé sur les indicateurs de santé	50.000	10.000.000 frs / étude x 5 = 50.000.000 frs

	Activités	Cadre de mise en œuvre	Coût total (en Milliers) FCFA	Détail des coûts
Sous axe 4.2 et 4.3: Formation	Produire des matériels et modules de formation sur les mutuelles portant sur les domaines suivants selon les groupes cibles : initiation /sensibilisation à la mutualité, processus de création/mise en place des mutuelles de santé, gestion de l'assurance maladie, gestion de l'organisation, mobilisation sociale, gouvernance, développement stratégique des mutuelles de santé (5.000.000.frs pour la consultation)	1 Cabinet de consultation	5.000	5.000.000 frs pour la consultation
	Diversifier l'offre de formation	Partenariat avec les institutions nationales et internationales de formation	PM	
	Mettre en place des cadres de collaboration avec les autres offres existantes, notamment sur l'offre locale de formation	Atelier d'échanges et de collaboration avec les structures de formation Mise en place des cadres de collaboration	5 000	
	Encourager l'émergence de l'expertise locale	- Répertoire des professionnels / experts dans le domaine des mutuelles de santé - Bourses de formation	1 000	
	Développer la formation par les pairs (organiser des voyages d'études à l'intérieur du pays et dans la sous- région)	Voyages d'étude inter- réseaux	10 000	(50 000 F/an /mutuelle
	mettre en place un centre de documentation pour l'autoformation	- mettre en place le centre de documentation - constituer une documentation de base au niveau du programme	PM 5 000	5 000 000 frs pour la consultation

X. COUTS ESTIMATIFS PAR AXE STRATEGIQUE

Axes stratégiques	Sous- axes stratégiques	Montant (en millions de FCFA)	Observations
Axe Stratégique 1 : Création d'un environnement favorable au développement des mutuelles de santé	Sous- axe 1.1 Mise en place d'un cadre juridique.	PM	Les activités doivent être exécutées en 2008.
	Sous- axe 1.2 Mise en place d'un programme national d'appui au développement des mutuelles de santé	234,750	
Axe Stratégique 2 : Promotion des initiatives mutualistes et communication dans le cadre de la promotion des mutuelles de santé;	Sous- axe 2.1. Stratégies de diffusion des mutuelles de santé au Bénin	415,15	
	Sous- axe 2.2. Amélioration de l'offre de soins au Bénin	133,00	
	Sous- axe 2.3: Communication	77	
Axe Stratégique 3 : Renforcement des capacités des mutuelles de santé existantes	Sous- axe 3.1. Renforcement des capacités des ressources humaines des mutuelles de santé	442,5	
	Sous- axe 3.2. Renforcement des capacités institutionnelles	205,5	
	Sous- axe 3.3. Renforcement des capacités de mobilisation des ressources financière	70,00	
Axe Stratégique 4: Renforcement des capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé	Sous- axe 4.1. Système d'information et de suivi, recherche	288,5	
	Sous- axe 4.2 et 4.3: Formation	126,00	
TOTAL		1.992,4	