



Colloque sur la Micro-Assurance Santé :

La formation et la recherche au service du
développement de la micro-assurance santé au Bénin

13 & 14 décembre 2004
OUIDAH, BENIN

Actes

***ACTES DU COLLOQUE SUR LA
MICRO-ASSURANCE SANTÉ :***

***La formation et la recherche au service
du développement de la micro-assurance santé au Bénin***

OUIDAH, 13-14 DÉCEMBRE 2004

ISPEC - IRSP - CES/ULG - ESP/ULB

**ORGANISE DANS LE CADRE D'UNPROJET INTERUNIVERSITAIRE CIBLE (PIC) FINANCE PAR LA
CUD**

***« Appui au développement des systèmes de micro-assurance santé par le
renforcement des capacités d'enseignement et de recherche en Afrique de l'Ouest »***

PROJET INTERUNIVERSITAIRE CIBLE (PIC)

FINANCEMENT

C.I.U.F.



Le **C.I.U.F., Conseil Interuniversitaire Francophone de Belgique**, est un organisme d'intérêt public regroupant l'ensemble des neuf Universités et Facultés universitaires de la Communauté française de Belgique. Entre autres missions, le CIUF coordonne la participation des institutions universitaires à la coopération universitaire au développement. A cet effet, le C.I.U.F. a institué une **Commission Universitaire pour le Développement : la C.U.D.** ; celle-ci est chargée de la mise en œuvre de la politique de coopération universitaire au développement. Elle est un lieu de dialogue et de concertation. Elle s'efforce de mettre en commun les ressources et potentialités des universités francophones de Belgique pour augmenter ainsi l'efficacité de leur contribution à la coopération internationale et rendre possible et réaliser des projets qu'aucune institution n'aurait la capacité de réaliser seule. **Les Projets interuniversitaires ciblés (PIC) font partie de la coopération universitaire au développement.**

PARTENAIRES



L'**Institut Supérieur Panafricain d'Économie Coopérative (ISPEC)** de Cotonou (Bénin) est une Institution d'Intégration Régionale créée en Octobre 1967 par des coopérateurs et des syndicalistes africains, rejoints ensuite par leurs Etats respectifs. Il compte aujourd'hui quatorze pays membres et les perspectives de son élargissement à tous les Etats membres de l'Union Africaine sont envisagées. Par sa vocation de formation et de recherche, l'ISPEC s'investit dans le renforcement des capacités des acteurs du mouvement coopératif africain. Il organise des programmes en économie coopérative ; en gestion du développement endogène ; en management des entreprises coopératives et associatives ; en assistance et gestion des coopératives pour femmes ; et en entrepreneuriat coopératif et associatif. Certains de ces programmes comportent des unités de cours consacrées à l'économie sociale en général et à la problématique de la gestion des mutuelles de santé en particulier.



L'**Institut Régional de Santé Publique (IRSP)** Dr Alfred QUENUM de Ouidah (Bénin), créé en 1977, est un centre universitaire de formation, de recherche et de prestation de services en santé publique. Financé par le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, l'IRSP est une entité de l'Université d'Abomey-Calavi. Il organise des maîtrises en santé publique, en santé de reproduction et en épidémiologie qui s'échelonnent sur 12 mois. Par ailleurs, il dispense des formations de courte durée sur des thèmes tels que : la contractualisation dans le secteur de la santé, les techniques de communication et de plaidoyer pour la santé, ou encore la gestion des situations de catastrophe.



Le **Centre d'Économie Sociale (CES)** fait partie de l'**Université de Liège**. Il est, en Belgique, le seul centre de recherche universitaire dont les activités sont entièrement consacrées à l'économie sociale. Il assure la coordination du EMES European Research Network, un réseau qui rassemble des centres de recherche spécialisés en économie sociale dans toute l'Union Européenne (www.emes.net). Entre autres activités, il mène des recherches sur les thématiques Sud : approches conceptuelles, commerce équitable entre le Nord et le Sud, organisations de type coopératif, mutualiste et associatif dans les pays en développement, etc. Le Centre d'Économie Sociale travaille de plus en plus sur les formes d'économie sociale ou populaire dans les pays en développement. A ce titre, il appuie un observatoire de l'économie sociale ainsi que des formations à l'Université de Ouagadougou (Burkina Faso). **Le Centre d'économie sociale est également coordinateur pour l'axe économie sociale, du Groupe de Recherche en Appui à la Politique (GRAP) relatif à la problématique des Organisations de la Société Civile (OSC). Ce réseau, financé par la CUD, est coordonné par le Service de Changement social et Développement (CSD) de l'ULg..**



Le département « politiques et systèmes de santé » de l'**Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)** en Belgique dispose d'une unité « politiques et programmes de santé dans les pays en développement ». Cette unité a pour but de participer à l'amélioration du fonctionnement des systèmes de santé en vue d'une plus grande autonomie des individus et des communautés. Son objectif prioritaire est de développer, sur le long terme, des partenariats institutionnels de qualité et efficaces, notamment par le renforcement des écoles et départements de santé publique au Nord comme au Sud. La principale stratégie retenue est le développement de réseaux régionaux, ce qui a été fait en Amérique Centrale, en Afrique francophone et en Asie.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	4
INTRODUCTION	5
• <i>Allocution de bienvenue</i>	5
• <i>Objectifs et perspectives du colloque : Les mutuelles de santé, une voie d'avenir en Afrique</i>	5
• <i>La pertinence de la recherche-action et de l'enseignement en matière de MAS dans une perspective de renforcement de la couverture sanitaire au Bénin</i>	6
RESUMES DES COMMUNICATIONS DU LUNDI MATIN	7
• <i>Politique et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin</i>	7
• <i>Etat des lieux des MAS au Bénin : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces</i>	7
POINT SUR LES DEBATS DU LUNDI MATIN	9
RESUMES DES COMMUNICATIONS DU LUNDI APRES-MIDI	11
• <i>Développement des mutuelles de santé dans le contexte de la décentralisation</i>	11
• <i>Pérennité et viabilité des MAS au Bénin</i>	12
• <i>Formation et recherche au sein des mutuelles de santé au bénin : Le cas des mutuelles BØRNEfonden</i>	13
POINT SUR LES DEBATS DU LUNDI APRES-MIDI	14
• <i>A propos de PHRplus</i>	15
• <i>A propos de STEP/BIT</i>	15
• <i>A propos de BØRNEfonden</i>	15
• <i>Questions générales</i>	16
• <i>Remarques</i>	16
CLOTURE DE LA JOURNEE DU LUNDI	16
COMPTE-RENDU DES ATELIERS	18
• <i>Atelier « recherche »</i>	18
• <i>Atelier « Formation »</i>	21
COMPTE-RENDU DES DEBATS DU MARDI	24
CONCLUSIONS	25
ANNEXES	27

AVANT-PROPOS

On constate depuis une quinzaine d'années l'émergence de systèmes de micro-assurance santé (MAS) en Afrique de l'Ouest. Leur but est de substituer au paiement individuel direct le principe de la prise en charge des soins de santé par le préfinancement collectif au profit de l'individu. Reconnaissant ce phénomène, la Commission Universitaire pour le Développement (CUD) du Conseil Interuniversitaire Francophone de Belgique (CIUF) finance depuis septembre 2003, pour une durée de trois ans, un Projet Interuniversitaire ciblé (PIC) visant à promouvoir l'appui au développement des systèmes de MAS par le renforcement des capacités d'enseignement et de recherche en Afrique de l'Ouest. Ce projet rassemble quatre partenaires : en Belgique, le Centre d'Économie Sociale (CES) de l'Université de Liège (ULg) et l'Unité « *Programmes et Politiques de Santé en PVD* » de l'Université Libre de Bruxelles (ULB) ; et au Bénin, l'Institut Supérieur Panafricain d'Économie Coopérative (ISPEC) de Cotonou et l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP) de Ouidah. Un des atouts de ce projet repose dans la collaboration entre des institutions relevant de disciplines et d'approches différentes, mais complémentaires et convergentes.

Le PIC s'est fixé six objectifs principaux : (1) améliorer les compétences des promoteurs et acteurs des systèmes de MAS en Afrique de l'Ouest ; (2) avoir une meilleure connaissance du secteur de la MAS au Bénin et dans la sous-région ; (3) développer et stimuler la recherche dans le domaine de la MAS ; (4) assurer la production, la diffusion et l'exploitation des résultats des recherches ; (5) appuyer le développement local ; et (6) contribuer à la mise en place d'un cadre de concertation entre les différents acteurs et promoteurs de la MAS au Bénin.

Le colloque tenu les 13 et 14 décembre 2004 à Ouidah a rassemblé les différents partenaires du PIC ainsi que de nombreux acteurs actifs dans la micro-assurance santé au Bénin et dans la sous-région ouest-africaine (acteurs et promoteurs de MAS, représentants des prestataires privés de soins de santé, services publics, ainsi que divers organismes nationaux et internationaux), afin de réfléchir ensemble à la question suivante : « **Comment mettre la formation et la recherche au service du développement de la micro-assurance santé ?** »

INTRODUCTION

ALLOCUTION DE BIENVENUE

Par Khaled BESSAOUD, Directeur de l'IRSP

Le lundi 13 décembre 2004, en séance plénière, Khaled Bessaoud a salué les différents intervenants et proposé que les participants se présentent. Il a expliqué le but et l'historique du PIC et réaffirmé son intérêt pour la MAS, sujet incontournable pour les instituts sous-régionaux.

Il a ensuite fait le lien entre le colloque d'octobre 2003, préparatoire à celui-ci. Il a proposé un autre titre au colloque : « La MAS au service de l'enseignement et la recherche » car la pratique des acteurs est beaucoup plus développée et c'est elle qui pourrait alimenter notre réflexion en matière de formation et de recherche.

Enfin, l'administrateur de l'IRSP, Michel Kouakou, a procédé à la présentation de la salle¹.

OBJECTIFS ET PERSPECTIVES DU COLLOQUE : LES MUTUELLES DE SANTÉ, UNE VOIE D'AVENIR EN AFRIQUE²

Par Marthe NYSSENS (IRES, Université Catholique de Louvain) pour Jacques DEFOURNY (Centre d'Économie Sociale, Université de Liège)

Marthe Nyssens a introduit la problématique du financement des soins de santé par l'Etat en Afrique de l'Ouest et le manque d'accessibilité financière de ces soins pour les populations pauvres. Elle a rappelé qu'on peut rencontrer quatre grands systèmes privés de mutualisation des risques : les systèmes de solidarité familiale basés sur une « obligation morale de payer » ; les systèmes informels d'assurance (tontines et leurs variantes) ; l'assurance organisée par une entreprise privée ; et enfin la mutuelle de santé. Le modèle mutualiste a la particularité de combiner la technique de l'assurance et un principe de solidarité ; il refuse la sélection des risques et la segmentation des primes en fonction des risques. La mutuelle de santé a aussi deux caractéristiques majeures : elle vise une finalité de service aux membres et non la réalisation d'un profit, et son mode d'organisation interne est basé sur la

participation des membres (« une personne, une

voix »). Elle a ensuite souligné le succès du modèle mutualiste dans les pays occidentaux depuis plus de 150 ans. Cette expérience peut aider pour les débats concernant le Sud, où l'on assiste depuis peu à un foisonnement d'initiatives mutualistes.

Marthe Nyssens a ensuite avancé que, si beaucoup s'accordent à dire que la micro-assurance santé possède un grand potentiel en matière de financement des soins de santé et de réduction de la pauvreté en Afrique de l'Ouest, de nombreuses difficultés persistent en la matière. C'est au vu de ces difficultés que les partenaires du PIC se sont associés pour appuyer le développement des systèmes de MAS en renforçant les capacités d'enseignement et de recherche. Elle a expliqué que le but de ce colloque est de rassembler de nombreux acteurs du domaine pour réfléchir à la

¹ Voir annexe 1 : « Liste des participants ».

² L'intégralité du discours de Marthe NYSSENS se trouve en annexe 2.

question de comment mettre la formation et la recherche au service du développement de la MAS. Une des caractéristiques du projet PIC est l'approche interdisciplinaire entre les spécialistes de la santé publique et de l'économie sociale. Ce projet cherche aussi à rester en lien avec les acteurs et promoteurs de terrain.

Marthe Nyssens a alors présenté le programme des deux journées du colloque. Le lundi 13 décembre viserait à traiter de problématiques actuelles dans le domaine de la MAS. Les diverses questions soulevées par les présentations et au cours des échanges

consécutifs pourraient alimenter les débats de la seconde journée. Le mardi 14 décembre, un comité restreint de spécialistes se réunirait en ateliers afin d'identifier les problèmes et besoins prioritaires en matière de formation et de recherche, et de proposer des stratégies qui répondent aux souhaits des acteurs de terrain.

Enfin, Marthe Nyssens a remercié et encouragé les participants à intervenir et à exprimer leurs avis et leurs attentes autour des deux thèmes fondamentaux du colloque : la recherche et la formation.

LA PERTINENCE DE LA RECHERCHE-ACTION ET DE L'ENSEIGNEMENT EN MATIÈRE DE MAS DANS UNE PERSPECTIVE DE RENFORCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE AU BÉNIN

Par *Élisabeth PAUL, Aspirante F.N.R.S., Université de Liège*

Élisabeth Paul a commencé son intervention en rappelant le problème du faible accès des populations pauvres à des soins de santé de qualité en Afrique de l'Ouest, et a passé en revue les différentes initiatives tentant de remédier à ce problème. Parmi les solutions envisageables, la micro-assurance santé (MAS) est reconnue comme pouvant constituer, en complémentarité avec les systèmes publics et privés classiques, un instrument porteur pour : faciliter l'accès des pauvres aux soins de santé, lutter contre la pauvreté, mais aussi contribuer à l'amélioration des systèmes de santé.

Ainsi, la MAS suscite un intérêt croissant, et on assiste depuis quelques années à l'émergence d'expériences variées en la matière en Afrique de l'Ouest. Cependant, si ce processus paraît louable à première vue, deux problèmes se posent : d'une part, la *pertinence* de la MAS vis-à-vis des problèmes rencontrés en Afrique de l'Ouest dépend de l'adaptation des systèmes développés au contexte et aux particularités locales ; d'autre part, l'*efficacité* de ces systèmes dépend quant à elle des capacités des acteurs et des institutions concernés.

Élisabeth Paul a dès lors insisté sur l'importance des deux composantes du PIC : la recherche et l'enseignement en matière de MAS.

Il s'avère donc que la particularité des problèmes d'accès et de fourniture de soins de

santé en Afrique de l'Ouest nécessite une étude en profondeur afin de déterminer les systèmes les plus adaptés aux conditions locales. La recherche-action devrait permettre d'identifier, parmi les expériences naissantes et en comparaison avec les systèmes existant dans d'autres régions, les « bonnes pratiques » en matière de MAS, dans une double perspective : améliorer l'accès aux soins de santé (lutte contre la pauvreté) et le système de santé (amélioration de l'offre de soins). Ces recherches devraient bénéficier à tous les acteurs impliqués dans la MAS.

Par ailleurs, la mise en œuvre effective des systèmes de MAS dépend de manière critique des compétences des promoteurs, acteurs et institutions concernés. Or, parmi les expériences existantes, on note un manque de qualifications locales à différents niveaux. L'enseignement est donc nécessaire pour transmettre les connaissances déjà accumulées en matière de MAS, les résultats des recherches menées, et permettre par conséquent de renforcer les compétences des promoteurs et acteurs du domaine.

Élisabeth Paul a conclu en soulignant que les deux volets principaux du PIC – la recherche et l'enseignement – sont tout à fait justifiés au regard des préoccupations actuelles relatives à la MAS en Afrique de l'Ouest, et devraient s'alimenter mutuellement.

RÉSUMÉS DES COMMUNICATIONS DU LUNDI MATIN

POLITIQUE ET STRATÉGIES DE DÉVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTÉ AU BÉNIN³

Par le Dr AYI, Ministère de la Santé Publique, Bénin

Le Dr Ayi et sa remplaçante le Dr Affo ayant été excusés au dernier moment, cet exposé n'a pas eu lieu. Voici, malgré tout, le résumé de la présentation qu'ils avaient soumis.

Cette dernière décennie a été marquée par un développement des systèmes de micro-assurance santé au Bénin. Ces systèmes, basés sur le principe de la prise en charge des soins de santé par le préfinancement collectif au profit de l'individu, sont conçus pour remplacer le paiement individuel direct.

Afin d'améliorer la couverture sanitaire, la gestion du système de santé, et de renforcer la qualité des soins et services, le *Document de politique et stratégie de développement des mutuelles de santé au Bénin* a été élaboré et validé par le Ministère de la Santé Publique. L'objectif principal de ce document est de servir d'orientation pour la mise en place d'un système de prévoyance sociale pour la santé au Bénin.

Les principes opérationnels qui sous-tendent ce document de politique et stratégie sont essentiellement l'intégration intersectorielle, l'implication des autres acteurs du système, la sensibilisation, la mobilisation sociale et la coordination des différentes interventions par le Service de Santé Communautaire de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (SSC/DNPS).

Cette vision est soutenue par les stratégies suivantes : 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.

Le document met également en exergue la place et le rôle de chacun des différents acteurs de la micro-assurance santé au Bénin sans lesquels la mise en œuvre de cette politique n'est pas possible

ÉTAT DES LIEUX DES MAS AU BÉNIN : FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES³

Par Patrick MAKOUTODÉ, Chercheur permanent PIC, ISPEC/IRSP

Patrick Makoutodé a présenté les résultats de l'inventaire et de l'analyse de la situation des systèmes de micro-assurance santé au Bénin, réalisés par l'ISPEC et l'IRSP dans le cadre du PIC. Cet état des lieux visait à recenser les structures de MAS existantes au Bénin, décrire leur environnement juridique, établir un inventaire de ces expériences et identifier les forces, faiblesses, opportunités et menaces pouvant être liées au développement des MAS au Bénin.

En introduction, Patrick Makoutodé a rappelé que l'état béninois a investi depuis 1990 dans l'amélioration et la création d'infrastructures sanitaires mais que le taux de fréquentation reste faible (38% en 2003). La MAS est vue

comme une solution aux problèmes de l'accès aux soins de santé et du financement de la santé.

Après avoir défini quelques concepts, Patrick Makoutodé a expliqué la méthodologie de l'étude. La partie descriptive des résultats a porté sur les points suivants :

- **Le recensement des structures de MAS existantes au Bénin.** L'exploitation des données collectées fait ressortir qu'il existe 122 structures de MAS au Bénin (dont 76 fonctionnelles) ; la plupart sont appuyées par des ONG étrangères ou des organisations internationales.
- **La typologie des systèmes de MAS au Bénin.** Près de 90% des structures

³ La présentation PowerPoint du Dr AYI se trouve en annexe 3.

³ La présentation PowerPoint de Patrick MAKOUTODE se trouve en annexe 4.

fonctionnelles recensées peuvent être qualifiées de mutuelles de santé.

- **La description de l'environnement juridique des MAS au Bénin.** Toutes les structures investiguées disposent d'un règlement intérieur qu'elles respectent, mais il n'existe pas un cadre juridique légal, fiscal et institutionnel favorable au développement de la MAS au Bénin.
- **L'inventaire des expériences de MAS au Bénin.** Il analyse le fonctionnement des structures investiguées en ce qui concerne les aspects suivants :
 - **Le fonctionnement des organes de gestion et de décision :** on note un fonctionnement difficile des organes (Conseil d'Administration, Bureau Exécutif et Comité de Surveillance / de Contrôle), notamment à cause des difficultés liées au bénévolat et à la compétence des agents.
 - **La question des adhésions, des cotisations et des prestations :**
 - Dans presque toutes les structures, l'adhésion est volontaire. Trois modalités d'adhésion sont utilisées : individuelle, familiale et de groupe.
 - Le paiement des cotisations est fonction du type d'activité génératrice de revenus et des habitudes socio-économiques des populations cibles. Le montant des cotisations varie selon le type de zone (généralement de 200 à 400 FCFA/mois en zone rurale, de 300 à 500 FCFA/mois en

zone urbaine). Le recouvrement des cotisations est un problème perpétuel auquel sont confrontées les structures de MAS.

- La gamme de prestations de soins offertes par ces structures varie des soins primaires aux soins spécialisés. L'étendue de la couverture proposée comprend trois domaines : médicaments, évacuations sanitaires et examens.
- **La gestion des risques :** bien que la majorité des responsables de structures n'ont pas une bonne connaissance des risques en jeu, les moyens de lutte contre les risques existent et sont appliqués.
- **La gestion administrative et financière :** on note une faiblesse au niveau des systèmes comptables, de la gestion prévisionnelle et du suivi.
- **Les relations de partenariat :** la moitié des structures investiguées disposent d'une convention écrite avec les prestataires du soins ; la majorité des structures sont appuyées par des promoteurs, mais sans convention écrite.
- **La politique de communication/promotion :** les activités de sensibilisation et de formation ne sont guère développées.

L'analyse des résultats a été réalisée à l'aide de la méthode « SWOT » et de la matrice d'analyse d'Alvarez. En voici les principaux éléments :

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Qualité des soins offerts par les prestataires ; - Paiement régulier des prestataires de soins ; - AGR et prévoyance santé : engouement pour les activités génératrices de revenu au niveau communautaire (AGRC) ; - Existence d'outils d'enregistrement des données ; - Bonne pratique du ticket modérateur ; - Formation et recherche sur la MAS ; - Appui technique et financier des promoteurs des systèmes de MAS ; - Synergie entre les différents promoteurs intervenant dans le domaine. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible niveau d'instruction ; - Faible recouvrement des cotisations ; - Absence de mécanismes de partage des risques entre mutuelles ; - Insuffisance de la formation continue au niveau micro ; - Faiblesse des systèmes comptables et production non-systématique d'états financiers ; - Faiblesse de la gestion prévisionnelle ; - Exploitation insuffisante des données de suivi ; - Lacunes quant à la tenue à jour des outils ; - Sous-représentation des femmes dans les organes de décision et de gestion ; - Faible participation aux AG ; - Participation plus informative que décisionnelle ; - Limites du bénévolat ; - Risque de confiscation de l'autonomie des mutuelles appuyées ; - Faible connaissance du risque de sélection adverse ; - Faible niveau de CCC/IEC pour la promotion de la santé au niveau communautaire ;

Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Décentralisation et support des mairies dans le développement de la MAS ; - Politique de lutte contre la pauvreté et de prise en charge des indigents ; - Volonté politique de développement des structures de MAS ; - Concertation entre les différents promoteurs de systèmes de MAS (CONSAMUS) ; - Formation et recherche sur la MAS ; - Stabilité politique et paix sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de récupération politique par les maires ; - Forte paupérisation des populations ; - Absence d'un cadre légal et institutionnel favorable au développement des systèmes de MAS ; - Faible niveau du revenu et précarité de l'emploi au Bénin ; - Insuffisance de formation et recherche au niveau macro sur la MAS ; - Faible niveau d'engagement de l'Etat au développement de la MAS.

En conclusion, Patrick Makoutodé a avancé que, si la mutualité est en pleine expansion au Bénin et que le contexte socio-économique y est relativement favorable, le développement des systèmes de MAS amène à rechercher des réponses aux questions suivantes : quel environnement juridique faut-il concevoir pour

les promouvoir ? Quelles stratégies de formation faut-il développer pour arriver à une meilleure gestion des systèmes MAS par les communautés ? Quels types de recherche mener pour répondre aux besoins des systèmes de MAS ?

POINT SUR LES DÉBATS DU LUNDI MATIN

Modération : Martial LIPEB (ISPEC) et Charles VANGEENDERHUYSEN (ESP-ULB)

Deux séries d'interventions ont été lancées après cette matinée consacrée à des exposés introductifs et d'ordre général. Nous synthétisons ici les questions soulevées.

Avant toute chose, deux questions fondamentales sont à relever.

- *Primo*, il faut avoir une approche systémique et se rendre compte que la MAS n'est pas une fin en soi, mais un moyen d'atteindre l'objectif de l'amélioration de la santé des populations. D'une part, cet objectif ne sera pas atteint par la simple amélioration de l'accessibilité financière, mais devra également passer par l'amélioration des soins et la fourniture de médicaments. D'autre part, l'amélioration financière peut être obtenue par la MAS ou par d'autres sources de financement. Pourquoi développerait-on la mutuelle comme stratégie et pas autre chose ? (par exemple, au Brésil, le choix a été fait de renforcer le secteur public). Il convient donc de déterminer quelles sources de financement sont les plus appropriées, en particulier pour ce qui concerne la prise en charge des indigents. Pour ces derniers, la MAS n'est pas adaptée (car par définition, la MAS ne concerne que ceux qui cotisent). Mais, à titre accessoire, si les indigents sont identifiés, il

est envisageable de mettre en place un financement de leurs cotisations. En outre, la MAS pourrait avoir également une intervention non financière pour améliorer l'accès des indigents (par exemple, exercer un plaidoyer auprès des autorités pour permettre aux plus faibles d'avoir accès aux soins de santé). Une alternative repose dans la prise en charge des indigents par l'Etat : au Bénin, une ligne budgétaire est prévue à cette fin (techniquement, par exemple, les mutuelles pourraient identifier les indigents et l'Etat cotiserait pour eux). Une autre possibilité serait de mobiliser des fonds de réserve sur base des 10% retenus chez les promoteurs, qui pourraient servir de fonds pour financer les cotisations des indigents. Notons que les frontières entre ces options ne sont pas hermétiques : en Europe par exemple, les mutuelles ont évolué vers des structures quasi-publiques.

- *Secundo*, une fois défini le positionnement de la MAS, il apparaît nécessaire de commencer par réaliser une typologie des différents types d'intervention, de leurs modalités, bref des systèmes de MAS, en particulier vis-à-vis des mutuelles de santé. La mutuelle de santé est un cas particulier de la MAS ; elle y ajoute des caractéristiques comme la participation démocratique, l'identité communautaire, etc. Une typologie

est en construction, mais il faut préciser ce qu'on entend par non-lucrativité, réciprocité, dynamique communautaire et autres critères.

Ensuite, une question largement débattue touche à la pertinence de développer un cadre institutionnel et législatif pour la MAS. La mise en place d'un cadre législatif permettrait dans certains cas de régler des incohérences comme par exemple la tutelle des dynamiques, mais il ne faut sûrement pas se précipiter, car un cadre mal adapté entraînerait des contraintes qui risqueraient plutôt d'œuvrer à l'encontre de la MAS. Il y a sans doute lieu d'attendre que les dynamiques soient mûres pour pouvoir supporter les contraintes de gestion qui y seront associées. Ce cadre devra être suffisamment flexible pour ne pas entraver des dynamiques innovantes.

Les participants ont également soulevé l'insuffisance de formation des structures de MAS, voire des organismes d'appui, en matière de gestion administrative, financière et surtout de suivi évaluation (indicateurs de performance, tableau de bord de la vie de la mutuelle). Ces besoins en formation sont primordiaux car une des conditions nécessaires pour la viabilité des structures de MAS repose sur la professionnalisation de leurs acteurs et organes de gestion. En outre, stratégiquement, il y aurait lieu d'examiner les liens entre la MAS et la micro-finance et les collaborations possibles avec les assurances privées, ce qui pourrait apporter du professionnalisme.

En ce qui concerne la recherche sur la MAS, il apparaît nécessaire de commencer par savoir quelles sont les données capitalisées sur la recherche et la formation. L'étude de littérature de la MAS a été réalisée dans le cadre de l'état des lieux présenté par Patrick Makoutodé, et sera communiquée aux participants. A noter qu'en Europe, les mutuelles existent depuis 150 ans et la littérature à ce sujet est importante.

Outre les points traités plus haut, il ressort des débats menés quelques pistes à explorer pour définir les questions de recherche dans le cadre du PIC, notamment :

- La hiérarchisation des forces, faiblesses, opportunités et menaces relatives à la MAS afin d'identifier les priorités à traiter.
- Le développement d'un tableau de bord pour l'évaluation et le suivi des MAS (outils simples qui pourraient être mis en œuvre par les responsables).
- Dans quel contexte les initiatives de MAS fonctionnent-elles ou non (en particulier, faire le lien avec les acteurs en présence et les intervenants extérieurs) ?
- Quels sont les éléments de viabilité des structures de MAS et en particulier, qu'en est-il de leur pérennité dès lors qu'elles sont en général soutenues par l'extérieur ?
- Quels sont les critères de fonctionnalité des mutuelles identifiées sur le terrain ? A-t-on pu identifier les expériences durables, les zones où elles fonctionnent bien, etc. ?
- Quelles sont les caractéristiques des dynamiques couplant micro-finance et MAS ?
- Quelle est la composition des organes de gestion ? Qu'en est-il de la mixité du public ?
- Quid des freins culturels à la cotisation pour la santé ?
- Quel est le rôle du pouvoir traditionnel au regard des dynamiques de MAS ? (Les autorités traditionnelles doivent sans doute être associés à la sensibilisation.)
- Quel est le lien avec les tradipraticiens ? (Ceux-ci peuvent constituer un frein au développement de mutuelles.)

Enfin, la présentation de Patrick Makoutodé a suscité quelques remarques :

- Il faut relativiser l'affirmation d'un manque de concertation entre acteurs de la MAS au Bénin, car il existe différents types de concertation entre les promoteurs et les institutions concernés.
- Il existe une cartographie des structures de MAS qui pourrait compléter l'état des lieux pour déterminer des zones de « concentration de la mutuelle de santé ».

RÉSUMÉS DES COMMUNICATIONS DU LUNDI APRÈS-MIDI

DÉVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTÉ DANS LE CONTEXTE DE LA DÉCENTRALISATION⁴

Par Cheikh MBENGUE, PHR Plus, Bénin

Le développement des mutuelles de santé dans bon nombre de pays en Afrique se situe dans un contexte général de décentralisation administrative et politique, avec la création depuis peu de communes chargées de promouvoir le développement social au niveau local. De plus en plus, les programmes de promotion des mutuelles s'intéressent à la question de la collaboration avec les communes pour tirer profit de leurs multiples avantages comparatifs en tant qu'instances élues par les populations disposant de pouvoirs et de ressources relativement importants.

Au Bénin, PHRplus appuie le Ministère de la Santé Publique dans la mise en œuvre d'un projet pilote d'appui à la création et au développement de mutuelles de santé, initié dans un contexte où venaient d'être installés des conseils communaux élus par les populations.

Dans les communes concernées par le projet, Sinendé et Banikoara, l'une des stratégies principales est d'impliquer fortement le maire et ses collaborateurs aux différents stades de l'exécution des activités. Si les étapes du processus de création de 10 mutuelles de santé dans ces communes sont celles utilisées d'ordinaire par la majorité des promoteurs, la création de ces mutuelles a été rendue possible par le rôle considérable joué par les communes dans la légitimation du projet, la sensibilisation des populations et la mobilisation des associations communautaires.

Les rôles principaux tenus par les communes ont tenu à l'identification des sites, la collecte des données, la mobilisation de la population pour le lancement du programme (en particulier, elles ont initié des discussions entre les mutuelles et les coopératives de producteurs pour que ces dernières facilitent le paiement de la cotisation annuelle de leurs membres qui veulent y adhérer), la constitution des comités d'initiative, la formation des membres de ceux-ci,

et la création des mutuelles. Notons qu'à ce niveau, les chefs d'arrondissement ont décidé de ne pas occuper de poste dans les bureaux des mutuelles. Par contre, les maires se sont engagés à attribuer un terrain pour la construction de leur siège. De plus, et il s'agit là d'un point essentiel, dans le cadre de la réflexion sur la pérennisation des activités, l'appui aux mutuelles a été inscrit dans le plan de développement communal (les communes envisagent de prévoir dans leur budget des fonds pour l'appui au fonctionnement des mutuelles à la fin du projet).

Les communes possèdent un certain nombre d'avantages comparatifs dans le développement des mutuelles de santé. Ceci se manifeste en particulier aux niveaux suivants :

- Le renforcement des actions de sensibilisation ;
- La crédibilisation du mouvement mutualiste de santé ;
- Une contribution à la pérennisation (à travers la facilitation et la sécurisation du partenariat avec d'autres acteurs et l'inscription au budget de subventions au système mutualiste de santé) ;
- Le plaidoyer pour le développement du système mutualiste de santé ;
- Le rôle de recours pour les mutuelles dans leurs relations avec les autres acteurs (prestataires, etc.).

Au Bénin, comme ailleurs en Afrique, le développement des mutuelles est contrarié par divers facteurs adverses (des taux de pénétration faibles, des difficultés de recouvrement des cotisations et des charges administratives difficiles à supporter, etc). Cependant, le recours aux communes en tant que partenaires de premier plan peut contribuer à apporter aux mutuelles un appui institutionnel et financier qui pourrait s'avérer décisif.

⁴ La présentation PowerPoint de cet exposé se trouve en annexe 5.

PÉRENNITÉ ET VIABILITÉ DES MAS AU BÉNIN⁵

Par Mercy ATHIOU TOHI, STEP/BIT, Bénin

La micro assurance santé (MAS) est un terme générique utilisé pour qualifier un ensemble d'initiatives apparues depuis une quinzaine d'années en Afrique de l'Ouest. Un système de micro assurance santé peut être défini comme une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des cotisations de ses membres, la MAS mène en leur faveur une action de prévoyance en matière de santé, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux. Les systèmes de MAS constituent donc une réponse à l'obstacle financier d'accès des populations vulnérables aux services de santé et contribuent de manière effective à l'extension de la protection sociale aux groupes défavorisés. Il apparaît de fait que la MAS n'est pas un concept théorique mais une innovation sociale sous-tendue par des mécanismes novateurs et des pratiques nouvelles. Vue sous cet angle, la MAS peut être considérée comme le point d'intersection de la problématique de l'accès aux soins, de la démocratisation des systèmes de santé et de l'extension de la protection sociale. En effet, elle repose sur les principes suivants : gestion autonome, participation démocratique et dynamique sociale.

Notons qu'il existe deux types de risques : le risque maladie et le risque financier. La MAS peut viser à réduire deux catégories de risque : les petits risques ou les gros risques.

Les systèmes de MAS mis en place dans les pays d'Afrique de l'Ouest sont relativement jeunes et généralement fragiles au regard de leur taille souvent réduite, de leur mode de fonctionnement essentiellement basé sur le travail bénévole des membres des organes élus, et du schéma organisationnel sur lequel ils reposent. Il serait donc prématuré aujourd'hui de chercher à apprécier leur viabilité. En revanche, c'est bien à ce stade de leur développement qu'il faudrait se préoccuper de savoir s'ils présentent des indices qui permettent d'apprécier dans quelle mesure ces systèmes réunissent ou cherchent à réunir les conditions nécessaires à leur viabilité, efficacité et pérennité pour garantir à moyen et long terme l'atteinte de leurs objectifs, à savoir permettre une meilleure

accessibilité financière aux services de santé de qualité pour les populations les plus défavorisées.

Dans cette communication, deux objectifs principaux ont retenu notre attention :

- Quelles sont les conditions nécessaires à la viabilité des systèmes de MAS ?
- Sous quels angles peut-on décliner la viabilité des systèmes de MAS ?

Les informations qui constituent la substance de cette communication proviennent essentiellement de l'étude de capitalisation réalisée en 2003 par le programme STEP Afrique au terme de quatre années d'exécution du projet STEP/UNF appuyé par la Fondation des Nations Unies dans quatre pays d'Afrique occidentale (Sénégal, Guinée Conakry, Burkina-Faso, Bénin). Elle s'est également enrichie des échanges d'expériences organisés dans le cadre d'ateliers nationaux, régionaux ou encore internationaux.

Les travaux de STEP ont mis en exergue diverses conditions de mise en place et de viabilité. Ainsi, six conditions préalables à la mise en place des systèmes de micro assurance santé ont été identifiées :

- Il existe un besoin prioritaire de protection face au risque maladie ;
- Des services de santé de qualité acceptable sont disponibles ;
- La population cible représente un potentiel important ;
- La population cible fait confiance aux promoteurs ;
- Des traditions d'entraide, de solidarité et de prévoyance existent au sein de la population cible ;
- Une dynamique de développement socio-économique est engagée.

Avant la mise en place d'un système de MAS, il faut procéder à une étude de pré-faisabilité et de faisabilité (financière, technique, sociale et institutionnelle).

⁵ La présentation PowerPoint de cet exposé se trouve en annexe 6.

Le calcul de la cotisation est réalisé sur base de quatre éléments : une prime de risque, une charge de sécurité, un coût unitaire de fonctionnement et un excédent unitaire. Un scénario de cotisation doit être choisi sur base d'un équilibre entre la pertinence de la couverture de soins, de la visibilité de la protection apportée et de l'accessibilité de la cotisation.

La gestion d'un système de MAS doit comporter différents aspects : gestion des ressources humaines, gestion technique (des adhésions, des cotisations, des prestations), gestion comptable, gestion financière. Le suivi et l'évaluation de ces structures sont particulièrement importants, qui plus est si l'on considère les risques liés à l'assurance (sélection adverse, aléa moral, fraudes et abus, catastrophes). À noter que l'importance de ces

risques est fortement liée aux types de services de santé couverts.

En ce qui concerne la viabilité, on distingue quatre types : viabilité technique, administrative, fonctionnelle et financière.

Au regard de cette présentation, la pérennité et la viabilité des systèmes de MAS au Bénin pourraient être abordées à travers l'exploration de trois axes :

- Repenser les stratégies et méthodologies de mise en place des MAS qui doivent intégrer tous les éléments de viabilité ;
- Réfléchir au renforcement des systèmes de MAS (réseau, union ou fédération) pour les rendre plus performants ;
- Créer un cadre juridique incitatif et favorable au développement des systèmes.

FORMATION ET RECHERCHE AU SEIN DES MUTUELLES DE SANTÉ AU BÉNIN : LE CAS DES MUTUELLES BØRNEFONDEN⁶

Par Christophe ADANDÉ, BØRNEfonden - Bénin

Christophe Adandé a commencé son exposé en présentant le cadre et les caractéristiques de BØRNEfonden, qui est une ONG autonome, sans but lucratif, humanitaire et non-confessionnelle au service des enfants démunis. Son financement est majoritairement issu de parrainages et elle intervient, entre autres, dans l'éducation, la santé, les activités génératrices de revenus et le renforcement des capacités, la micro finance et les projets de développement communautaire.

Les zones d'intervention de BØRNEfonden sont caractérisées par une pauvreté accrue qui se traduit, entre autres, par la non-compréhension de ce qu'est la médecine moderne par rapport à la médecine traditionnelle ; la non-maîtrise du fonctionnement du système sanitaire et des avantages qui y sont liés ; un faible pouvoir d'achat ; un certain dysfonctionnement du système de santé, considéré faible et inefficace sur le plan professionnel et organisationnel ; et un manque de partenariat réel entre les différents acteurs dans le domaine de la santé – surtout entre prestataires et bénéficiaires.

Parmi les conséquences de ces faits, on trouve : la non prise en charge de la santé infanto-juvénile et des faibles indicateurs en matière de santé (par exemple, des taux de malnutrition

modérée et sévère, une recrudescence des maladies, une forte mortalité infanto-juvénile, une faible fréquentation des centres de santé, etc.).

Consciente du fait que, dans un contexte de pauvreté, on ne peut parler de santé alors que les gens n'arrivent pas à manger à leur faim, BØRNEfonden se charge d'abord de l'amélioration du cadre de vie. Ceci se fait à travers une approche hautement intégrée entre tous ses domaines d'activité.

BØRNEfonden travaille selon une approche réellement participative et démocratique. Cette approche prend en compte les réalités locales et se base sur des activités de recherche communautaire et de formation appropriées, définies en collaboration entre la structure et les populations appuyées.

Dans le domaine de la santé, BØRNEfonden intervient à travers des assistantes sociales qui encadrent des « mères animatrices communautaires ». La politique en matière de santé de BØRNEfonden repose sur les objectifs suivants :

- Assurer en priorité la survie des enfants de 0 à 5 ans et la protection socio sanitaire à travers un service de nutrition actif et participatif.

⁶ La présentation PowerPoint de cet exposé se trouve en annexe 7.

- Améliorer les possibilités d'accès aux soins de santé pour les familles démunies et renforcer le dialogue et la collaboration entre les acteurs locaux.
- Appuyer la mise en place de mutuelles de santé autogérées pour le financement de la santé a priori des familles encadrées.
- Permettre à la population de maîtriser les modes de gestion des mutuelles de santé, et favoriser la conscientisation générale en matière de santé.

BØRNEfonden définit une mutuelle de santé comme une association facultative (adhésion libre), à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous ses membres et qui, au moyen de leurs cotisations et à partir de leurs décisions (démocratie), mène en leur faveur et en celle de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux. Elle constitue ainsi un mouvement social.

Pour atteindre l'objectif global qu'est la mise en place des mutuelles de santé, et après une étude de faisabilité, BØRNEfonden a une démarche que l'on peut regrouper en cinq étapes :

1. En préalable, une phase transitoire pour contribuer à l'amélioration du cadre de vie des familles. BØRNEfonden amène les familles à se rendre compte de la nécessité de se faire soigner et prend en charge 50% des frais médicaux.
2. Une phase de pré mutualisation de type A ou d'initiation à la vie mutualiste : les familles cotisent, le remboursement des frais médicaux se fait sans ticket modérateur, BØRNEfonden appuie le budget de la caisse à hauteur de 50% des cotisations, on forme le comité de santé et les gérants, etc.

3. Une phase de pré mutualisation de type B, qui comporte un travail de cogestion des mutuelles entre les mutualistes et les centres.
4. Une phase de pré mutualisation de type C, dernière étape avant la mise en place définitive de la mutuelle de santé, avec une préparation du transfert de l'activité.
5. Vient enfin la mutualisation. BØRNEfonden se désengage progressivement. Néanmoins, la mise en place d'une mutuelle de santé étant un processus continu, BØRNEfonden continue à jouer un rôle (formation, appui au fonctionnement, etc.).

Ce processus pionnier commence à être reconnu officiellement. Au 31 décembre 2003, 20 mutuelles étaient rendues autonomes et touchaient des milliers de familles. Une mutuelle avec l'appui de BØRNEfonden a même mis en place son propre centre de santé. Les perspectives d'avenir sont encourageantes, d'autant plus que la logique du modèle évolue et mûrit constamment dans un processus à long terme, et ce depuis le lancement des premiers centres BØRNEfonden au Bénin en 1994-96.

Toutefois, certaines difficultés ont été rencontrées, comme par exemple le niveau d'instruction faible des membres des organes de gestion, rendant l'autonomisation difficilement gérable dans certaines mutuelles ; le manque de concertation avec les prestataires de soins ; la mauvaise compréhension des principes mutualistes ; etc.

En conclusion, la mise en place d'une mutuelle de santé est un processus complexe qui amène à faire face à trois défis relatifs aux finances, à la mobilisation sociale et aux prestations de soins. La formation appropriée et la recherche continue prenant en compte les réalités locales sont indispensables à la réussite de mise en place d'une mutuelle de santé.

POINT SUR LES DÉBATS DU LUNDI APRÈS-MIDI

L'après-midi du lundi était consacrée à la présentation d'expériences concrètes. Par conséquent, les échanges consécutifs concernaient principalement des précisions relatives aux cas exposés. Malgré l'intérêt que ces questions présentent pour les acteurs de terrain, nous ne les abordons que brièvement car elles ne touchent pas

directement aux thèmes du séminaire. Quoi qu'il en soit, les trois témoignages qui précèdent confirment l'importance de la recherche (les trois structures remettent en cause leur approche en fonction de la capitalisation de leur expérience) et de la formation (les trois promoteurs forment leurs partenaires) en matière de MAS.

A PROPOS DE PHRPLUS

- PHRplus fait, à de nombreux égards, la même chose que d'autres promoteurs. Cependant, sa spécificité repose dans le fait qu'il peut tirer parti de ses menées dans d'autres pays - en particulier au Rwanda (ce qui a permis, par exemple, d'identifier les principales difficultés). Dans ce pays, on a pu arriver à un taux de couverture de 20% des systèmes d'assurance maladie à base communautaire grâce à l'implication des communes.
- Au Bénin, PHRplus a recherché dès le début des meilleurs mécanismes de pérennisation. Ainsi, toutes les dépenses lourdes sont prises en charge par les communes. (PHRplus a l'avantage d'être le premier promoteur à avoir commencé à agir juste après la décentralisation, il a donc pu en profiter.)
- PHRplus essaie de mettre en commun l'ensemble des forces organisationnelles. En particulier, il veut offrir son expérience au Ministère de la Santé Publique et l'implique dans son activité (tant au niveau central que local).
- Quant à la question de la récupération politique de la mutuelle par les maires, il faut avouer que, s'ils veulent capter les mutuelles, qu'on les implique ou non, ils le feront. Dès lors, autant les impliquer et faire en sorte que cette participation bénéficie à tous si la démarche fonctionne. Remarquons que si l'on veut que les maires soutiennent les mutuelles, il faut qu'ils trouvent un intérêt politique à leur développement.
- Il existe des associations de développement qui sont parfois très fortes. Il est intéressant de se baser sur elles pour assurer la pérennité des mutuelles.
- PHRplus souhaite parvenir à une fédération des mutuelles d'une même zone sanitaire.

A PROPOS DE STEP/BIT

- STEP a remarqué partout que les systèmes de petite taille ne sont guère viables. S'ils sont intégrés, mis en réseau ou chapeautés par une structure faitière, leurs chances de survie augmentent, notamment car le niveau de technicité des gestionnaires est plus élevé.

- Pour assurer la viabilité des systèmes, il faut renforcer la professionnalisation des acteurs, mais aussi développer une certaine institutionnalisation.

A PROPOS DE BØRNEFONDEN

- Dans leur système, c'est la communauté qui désigne les indigents.
- Le montant de départ des cotisations a diminué. Le passage du système gratuit au système payant a pu prendre grâce à la sensibilisation.
- La création de centres de santé n'est pas systématique. Il faut que le besoin se fasse sentir (par exemple, absence de centre dans le quartier concerné). Ces centres sont gérés par le Conseil d'Administration, qui recrute les infirmiers, les agents de santé, etc. Les fonds du centre de santé sont séparés de ceux de la mutuelle. Le centre de santé génère des revenus qui peuvent être utilisés pour prendre en charge les indigents.
- Le fonds de garantie est constitué de la somme des fonds de toutes les mutuelles et est géré par le CA du réseau.
- Le processus de mise en place d'une mutuelle est long : il faut environ 10 ans pour mettre en place une mutuelle. Le retrait de BØRNEfonden n'est pas encore total : elle continue à donner du renfort technique, même si le CA de la mutuelle assure la gestion.
- Le modèle des formations essaie d'évoluer. Il est absolument nécessaire d'avoir un haut degré de flexibilité par rapport à la réalité de l'audience.

QUESTIONS GÉNÉRALES

Certaines questions relatives, de manière plus générale, à la recherche et la formation ont été avancées :

- Si la MAS vise à rehausser le niveau de vie des pauvres, quelles stratégies mettre en place pour réduire la pauvreté ? Comment mesurer les impacts de la MAS sur la réduction de la pauvreté ?
- Comment s'organiser pour parvenir à une réelle appropriation de la MAS par les bénéficiaires ?
- Comment mettre en place un réseau de mutuelles ?
- Quels sont les risques liés au choix d'un système où c'est la mutuelle qui crée le centre de santé ?
- Quelle est la démarcation entre petits et gros risques ?
- Quels modèles utiliser selon qu'on intervient en zone rurale ou urbaine ?
- Quel degré de partenariat public-privé ? Où sont les avantages, mais aussi les dangers ?

REMARQUES

Enfin, quelques remarques générales ont été formulées par l'assemblée.

- L'intégration des groupes vulnérables est reflétée dans le choix des services et du paquet minimum. Le choix du couple prestation-cotisation doit être réalisé par rapport à la capacité de payer des ménages.
- On constate le besoin de données, d'indicateurs pour évaluer l'évolution des systèmes. Il est nécessaire d'établir la situation de référence des groupes pour pouvoir mesurer l'impact *a posteriori*.
- On a pu remarquer que, parmi les critères de viabilité retenus par STEP, des éléments tels que la démocratisation ne sont pas repris. Il s'agit donc de critères plus économiques qu'organisationnels.
- S'agissant du calcul des cotisations, il faut avouer qu'on ne connaît pas le coût réel des prestations. On calcule plutôt les cotisations sur base d'un coût moyen (nombre de consultations, ...)

CLÔTURE DE LA JOURNÉE DU LUNDI

CONCLUSION

Par Charles VANGEENDERHUYSEN, ESP/ULB

À l'issue de la première journée du Colloque, Charles Vangeederhuysen a tiré les conclusions suivantes.

Le PIC va permettre de mettre de l'ordre dans le foisonnement d'initiatives auquel on assiste dans le monde de la MAS au Bénin. En termes de recherche, il apparaît nécessaire de documenter ce qui se fait et d'interroger tous ceux qui interviennent dans le domaine afin que leur expérience puisse servir de leçon à chacun. Voici quelques questions qui ressortent des débats :

- De quoi parlons-nous ?
- Quels acteurs, à quels niveaux et avec quels moyens ?
- Quel cadre juridique, institutionnel ?
- Viabilité et pérennité des différents systèmes ?

- Articulation entre besoins, demande et offre ?
- Espace commun d'une nouvelle forme de MAS ?
- Quelles prestations, à quel niveau, pour quelles populations ? Pour définir les bonnes pratiques sans tuer les originalités, il faut laisser des espaces de liberté suffisants.
- Les acteurs : pourquoi, malgré les invitations, peu de prestataires et de représentants gouvernementaux sont-ils aujourd'hui ? Il faut chercher des voies de travail en commun avec les prestataires, qui sont aussi intéressés au premier chef par les mutuelles.
- Réelle participation (et pas seulement information) – pouvoir décisionnel – même si les objectifs divergent.

- L'objectif est de mieux prendre en charge la population. Il faut inventer des mécanismes pour prendre en charge les indigents de manière collective (ligne budgétaire de l'État, etc.).
- Qui formons-nous, et pour quoi faire ? Formation initiale pour l'ensemble des

acteurs, formations spécifiques, formations continues, formations réciproques où l'on échange les expériences. **La formation doit être globale et empathique car les gestionnaires doivent avoir pour objectif le bien-être de la population.**

COMPTE-RENDU DES ATELIERS

Les deux ateliers « recherche » et « formation » du 14 décembre se sont inspirés d'une trame de base. Celle-ci a été élaborée à partir du compte-rendu du séminaire de lancement du projet PIC (Liège, octobre 2003) et des travaux qui ont suivi. Elle a été complétée grâce aux exposés et aux échanges de la veille. Il s'agissait bien sûr de propositions soumises à l'appréciation des participants.

Une des idées majeures qui s'était dégagée du séminaire de travail était la suivante : les formations et les recherches à mettre en place dans le cadre du PIC doivent être en lien avec les évolutions observées sur le terrain. Dans cette perspective, le lien a été établi avec la

Concertation des Structures d'Appui aux Mutuelles de Santé au Bénin (CONSAMUS) et une des premières actions de recherche a été la réalisation d'un état des lieux des systèmes de MAS au Bénin.

Notons par ailleurs qu'il est nécessaire de parvenir à un consensus sur la terminologie MAS / mutuelle de santé. Sans langage commun, aucune formation ni aucune recherche ne pourra être développée. C'est pourquoi une

première typologie des dynamiques de MAS a été réalisée. Il s'agit d'un processus dynamique, ces premiers résultats devront bien sûr être enrichis par les recherches ultérieures.

ATELIER « RECHERCHE »

Modérateurs : Dr Edgard-Marius OUENDO (IRSP) et Marc LABIE (UMH)

Rapporteur : Anne Dujardin

Cet atelier reposait sur le constat que les étudiants et chercheurs de l'ISPEC et de l'IRSP vont être plus que jamais encouragés à réaliser des recherches sur le thème de la MAS. Ces recherches seront principalement empiriques, mais devront se plier à des exigences scientifiques rigoureuses, tout en débouchant, dans la mesure du possible, sur des recommandations pratiques. On essaiera également au maximum d'assurer la cohérence de l'ensemble des recherches dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. Il est certain que ces recherches se nourriront de l'expérience des acteurs de terrain, mais il faudra veiller à ce qu'elles restent objectives afin de garantir leur valeur scientifique. Elles ne pourront ainsi que bénéficier davantage aux organismes impliqués dans la MAS.

L'atelier s'est principalement penché sur les points suivants : type de recherche à effectuer, quelles questions de recherche privilégier ?

Pour répondre à cette dernière question, les participants sont partis d'une analyse SWOT : **identification des**

forces, faiblesses, opportunités et menaces de la MAS.

Quel type de recherche effectuer ?

Il peut exister différents types de recherche : la recherche fondamentale, la recherche en appui à la politique, la recherche en appui aux acteurs et.

La recherche fondamentale n'a pas paru pertinente aux participants. Néanmoins, il semble important de poursuivre l'effort de conceptualisation et de typologie des dynamiques de MAS.

En ce qui concerne la recherche en appui à la politique, il a été constaté lors du séminaire de lancement qu'il était crucial de restaurer le dialogue entre la société civile et l'État et de

renforcer la concertation entre les acteurs et promoteurs de la MAS. Dès lors, quel rôle est spécifique à chacun des acteurs (ISPEC, IRSP, acteurs et promoteurs de la MAS) ?

Par contre, la recherche en appui aux acteurs semble être la priorité ; ce qui rejoint d'ailleurs l'objectif de fournir des formations continues. En outre, La nécessité de la recherche en appui aux acteurs semble même une priorité pour pouvoir répondre à la question de la recherche en appui à la politique. La politique peut être influencée par la pratique des acteurs, elle-même capitalisée par la recherche, et vice-versa. La politique actuellement définie doit influencer les thématiques qui seront développées.

En résumé, la majorité des participants s'est prononcée pour une recherche en appui aux acteurs – mais la recherche en appui à la politique doit venir conforter les résultats obtenus. Les deux recherches s'auto-alimentent. Les Instituts pourraient être le lieu de réception des demandes en matière de recherche. L'IRSP a proposé de procéder comme d'habitude, c'est-à-dire d'envoyer des stagiaires dans les structures : là, ils peuvent réaliser leurs travaux tout en appuyant les structures dans leur demande précise.

Quelles questions de recherche considérer et quelles hypothèses de travail tester ?

La définition des objets d'étude est un préalable nécessaire à la mise en œuvre des recherches. Il s'agit principalement d'identifier les différences entre la MAS et la mutuelle de santé.

En effet, les systèmes de MAS mis en place sont variés, ils présentent encore beaucoup de lacunes et soulèvent de nombreux questionnements. Par conséquent, il y a lieu de développer des recherches-actions sur des thèmes pertinents. Cependant, avant toute chose, une typologie préalable des différents types d'appui et de MAS semble nécessaire afin, d'une part, de sérier les questions de recherche en fonction des caractéristiques particulières de chacune, et d'autre part de déterminer la pertinence de la formule adoptée en fonction des contextes particuliers.

Cette conceptualisation a été initiée dans le cadre de l'étude de Patrick Makoutodé et présentée au colloque. Cette présentation a soulevé différentes questions qui permettront d'affiner le processus de définition des critères discriminants et le contenu de chacun. En

effet, les critères proposés - partage du risque, non-lucrativité et réciprocité - méritent d'être explicités.

Enfin, soulignons que certains s'interrogent sur la réflexion suivante : la MAS n'est-elle pas simplement un outil financier à partir duquel il faut davantage développer des analyses économiques ?

Des questions de recherche ont été identifiées par les participants sur base d'une analyse SWOT rapide.

❖ Les forces, faiblesses, opportunités et menaces de la MAS (analyse SWOT)

Il est intéressant d'étudier le contexte dans lequel la MAS évolue afin de préciser ses atouts. En particulier, il faudrait prioriser les forces, faiblesses, opportunités et menaces des systèmes de MAS afin d'identifier les problèmes auxquels s'attaquer en priorité. Cette analyse SWOT a été menée très simplement : chaque participant a proposé l'élément qui lui semblait prioritaire dans chacune des catégories. Ensuite, ces éléments ont été regroupés en thématiques de recherche permettant de répondre aux difficultés identifiées et priorisées par les participants. Nous synthétisons les résultats ci-dessous.

FORCES	FAIBLESSES
Accès aux soins pour les personnes pauvres	Cas d'exclusion
Dynamisme	Approche trop limitée de la protection sociale
Existence d'outils flexibles	Participation sociale
Systèmes traditionnels d'entraide	Absence de qualification des promoteurs et acteurs
Multiplicité des acteurs	Faible niveau de revenu des adhérents
	Adhésion libre
	Inaccessibilité aux soins de 2° échelon
	Bénévolat
	Abus de certains prestataires
	Faiblesse de la gestion
	Manque de viabilité et d'autonomie financière
	Déperdition des ressources humaines
	Faiblesses de communication interne et externe
	Faible collaboration des médecins

OPPORTUNITÉS	MENACES
Existence d'une politique publique	Faiblesse de l'environnement juridique (institutionnalisation, tutelle, sanction)
Existence de bonnes pratiques dans la sous-région	Tendance à une institutionnalisation trop précoce
Modèles incitateurs	Absence de capitalisation de la part des promoteurs
Engouement pour la MAS et disponibilité de partenariats	Poids socio-culturel
Présence de structures organisées	Précipitation dans la mise en place des MAS
Existence d'instituts de formation	Opposition des assureurs classiques
Intéressement de la classe moyenne aux MAS	Récession économique
Concertation des acteurs	Accessibilité des centres de santé par rapport à la communauté
	Mauvaise qualité des soins
	Analphabétisme

❖ **L'encastrement culturel de la MAS dans son environnement**

Il y a lieu de s'interroger sur les déterminants de l'adhésion des participants aux systèmes de MAS.

❖ **L'articulation entre les différents intervenants (mutuelles, État,...)**

Par exemple, en matière de financement de la santé, il serait pertinent de poser la question de l'inclusion des indigents.

❖ **Le besoin de professionnalisation du secteur (aux différents niveaux)**

Les modalités de gestion et de suivi-évaluation des structures de MAS pourraient être étudiées en fonction de la typologie retenue, afin d'élaborer des cadres d'analyse

utilisables. En particulier, les participants ont souligné la nécessité de développer un tableau de bord d'indicateurs de suivi et d'évaluation des structures de MAS. L'analyse (ou les méthodes d'analyse) de l'efficacité, de l'efficience et de l'impact de la MAS ainsi que les facteurs de viabilité constituent également une question cruciale. Ces outils pourraient amener une professionnalisation du secteur.

Un autre point serait de préciser les liens de la MAS :

➤ avec les institutions de micro-finance, les autres assurances, etc. (ex. les avantages et les inconvénients d'associer MAS et IMF dans une structure unique et les implications en termes d'accessibilité) ;

➤ avec les prestataires de soins, les systèmes de santé (perspective plus systémique).

❖ **La question de l'institutionnalisation**

Il n'existe pas de cadre juridique légal, fiscal et institutionnel favorable au développement de la MAS au Bénin. Quel pourrait être le processus et le résultat d'un encadrement légal favorable à la MAS ? Mais attention, il ne faut pas se précipiter : il vaut mieux que les choses se mettent en place, plutôt que d'imposer un cadre contraignant qui risquerait de faire avorter des dynamiques intéressantes.

Par ailleurs, la moitié des structures investiguées disposent d'une convention écrite avec les prestataires de soins ; la majorité des structures sont appuyées par des promoteurs, mais sans convention écrite. La question de la contractualisation est identifiée par différents intervenants comme étant cruciale

CANEVAS DES RECHERCHES	
THÈMES DE RECHERCHE	QUESTIONS DE RECHERCHE
<i>Typologie des MAS (recherche fondamentale)</i>	Les critères des MAS et des mutuelles sont à affiner : → Finalité de service aux membres ou à la communauté (par exemple, les indigents), adhésion libre, place du bénévolat, etc.
<i>Régulation / structuration (recherche en appui à la politique)</i>	- Quid de la régulation et du cadre du secteur. Est-ce une bonne chose ou non ? - Quelles priorités pour la régulation du secteur (de l'État, auto-régulation,...) ? - Quelles devraient être les priorités de l'État (faut-il une loi, quelle tutelle, quel mécanisme d'accréditation, quelles structures ou quels mécanismes d'appui à mettre en place, ...) ?

<i>Viabilité et efficacité</i>	<ul style="list-style-type: none"> - La professionnalisation - L'encastrement socio-culturel - Les moyens d'assurer la viabilité des MAS dans le contexte béninois, selon ces différents aspects + le fonctionnement des systèmes par rapport aux objectifs, aux publics-cible, à l'offre de service qu'ils s'assignent (efficacité) - La viabilité et l'efficacité : <ul style="list-style-type: none"> • Financière • technique • administrative • fonctionnelle - L'étude des profils des adhérents - Les aspects socio-culturels de l'environnement de la MAS - La qualité des soins
<i>Articulation des différents intervenants :</i>	<ul style="list-style-type: none"> MAS ⇔ Prestataires (qualité des soins) ⇔ Structures d'appui ⇔ Pouvoirs publics ⇔ IMF ⇔ Autres systèmes de protection sociale
<i>Prise en charge des indigents</i>	
<i>Contrôle et gouvernance dans les MAS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Typologie - Capacités des ressources humaines

ATELIER « FORMATION »

Modérateurs : Modeste Gnimassou (ISPEC) et Issa SARAMBE (Observatoire de l'Économie Sociale)

Rapporteur : Dr Charles VANGEENDERHUYSEN (ESP-ULB)

A la suite de réflexions entre les partenaires du PIC, il a été décidé qu'il y aurait deux types de formations organisées dans le cadre du projet :

- *des modules de formation « académique »* au bénéfice d'étudiants de l'ISPEC et de l'IRSP, ayant un contenu davantage scientifique ;
- *des modules de formation destinés à d'autres acteurs* (promoteurs et gestionnaires de structures de MAS, décideurs politiques, cadres ministériels, membres de la société civile, etc.) ayant un contenu plus pratique.

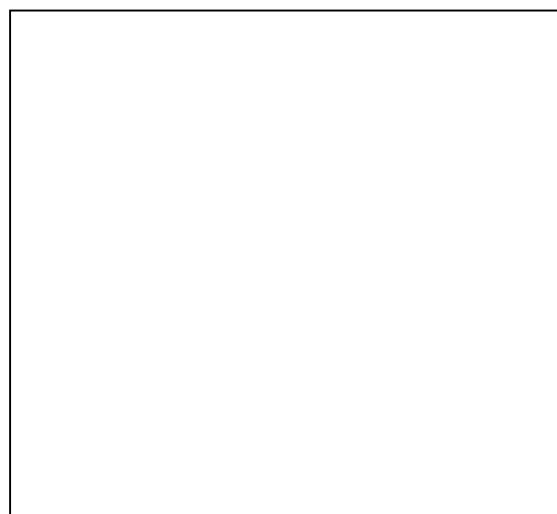
Les formations seront dispensées par les deux instituts partenaires, plus des intervenants extérieurs recrutés sur base de leur expérience et de leurs compétences. Les formations académiques sont réfléchies au vu des programmes préexistants des deux Instituts.

Dans le cadre de cet atelier, la réflexion s'est focalisée sur les formations destinées aux autres acteurs. Après avoir relu la trame proposée, les participants ont abordé les

questions une à une et sont finalement parvenus à un canevas indicatif de formation.

Quelques remarques générales :

- Les bénéficiaires des formations pourraient venir de différents pays de la sous-région.



- Multidisciplinarité : voir les liens possibles avec d'autres secteurs (ex. : les associations communautaires de développement)

- L'IRSPEC et l'IRSP doivent-ils former tous les acteurs, ou seulement les formateurs qui serviront de relais ? Les deux ne sont pas incompatibles, d'autant plus qu'il faut prendre garde à ne pas se déconnecter du terrain.
- Le but de la formation continue est d'améliorer la situation sur le terrain. On pourrait s'inspirer des insuffisances qui ont été notées lors de la première journée du colloque (manque de sensibilisation de la population ; connaissance insuffisante de certaines notions telles que le risque par les gestionnaires, etc).
- Quelle sera la sanction des formations ? Un diplôme sera réservé pour les formations académiques, mais une simple attestation sera suffisante pour les formations continues.
- Qui financera ces formations ? Au départ, sans doute les structures d'appui des mutuelles. La question reste à régler.
- En pré-requis aux formations, les participants devraient avoir une connaissance suffisante des outils informatiques (traitement de texte, tableurs Excel, PowerPoint).

Quel public cible pour ces formations ?

A priori, le public intéressé par ces formations serait composé des acteurs suivants:

- Les prestataires de soins (en particulier l'équipe cadre des districts sanitaires)
- Les promoteurs privés de centres de santé
- Les comités de gestion locaux (COGES)
- Les structures d'appui (ONG, etc.)
- Les associations de développement, les associations de producteurs
- Les animateurs sociaux locaux
- Les responsables des organes des mutuelles
- Les élus locaux
- Les administrateurs de structures de micro-finance
- Les structures ministérielles (MSP, MECAG-PDPE, Famille, etc.)
- Les responsables syndicaux

Cela dit, l'ISPEC et l'IRSP pourraient, dans une première phase, cibler en priorité ceux qui sont capables de mettre en place et de gérer des structures de MAS. Les publics les plus

pertinents sont ceux qui ont le plus de chances de mettre ces formations en pratique. On pourrait penser aux acteurs suivants :

- Les équipes cadres de districts
- Le personnel de santé qui est en contact avec les patients
- Les administrateurs des mutuelles

Les autres pourraient simplement être informés.

Quelles matières développer dans les formations (selon le public) ?

A. Concepts et principes de la MAS

- Concepts et principes de la mutualité
- Typologie des structures de MAS
- Construction des mouvements sociaux
- Place du bénévolat
- Typologie des interventions d'appui / gestion des projets de développement

B. Santé publique

- Économie de la santé
- Systèmes de santé
- Qualité des soins (y compris aspects socio-anthropologiques)
- Indicateurs de santé et d'évaluation de projets

C. Gestion administrative et financière

- Gestion administrative et comptable
- Gestion financière (réduction des risques, taux d'intérêt, gestion des cash-flows, calcul actuariel, etc.)
- Contractualisation

D. Méthodes d'analyse pour le processus de création, de suivi et d'évaluation des MAS

- Méthodes participatives (y compris CCC)
- Création et implantation de la MAS
- Recherche-action
- Suivi et évaluation des structures de MAS
- Méthodes d'évaluation de l'impact des systèmes de MAS

E. Financement du secteur santé

- Typologie et logique des différentes sources de financement (État, aide extérieure, recouvrement des coûts, ...)
- Stratégies de recherche et de mobilisation de ressources

Selon quelles modalités organiser les formations ?

- Organisation des formations : séminaires sur une durée de maximum 10 jours par module (flexibilité en fonction des modules).
- Échelonnement : tout le module d'un bloc. La décision quant à la fréquence de chaque module est une décision institutionnelle.
- Type de cours : principalement des cours *ex cathedra* mais avec participation du public. Le cours sur les méthodes participatives nécessitera une descente sur le terrain.
- Méthodes d'évaluation : test d'entrée et de sortie.
- Activités de suivi après formation.
- Sanction de la formation : attestation de participation.
- Les cours auront lieu de manière résidentielle, au Bénin (une extension à d'autres pays est envisageable à terme, moyennant financement).

Quelles personnes ressources pourraient intervenir en tant que formateurs ?

Les formateurs seront à la fois des enseignants de l'ISPEC et de l'IRSP, ainsi que des personnes-ressources extérieures.

Les responsables de chaque module et personnes-ressources potentielles sont présentées dans le tableau ci-après. La liste est non exhaustive.

MODULE	INSTITUT RESPONSABLE	PERSONNES-RESSOURCES
<i>Concepts et principes de la MAS</i>	ISPEC	PROMUSAF BØRNEfonden
<i>Santé publique</i>	IRSP	Bako Arifari G. Amoussouga
<i>Gestion administrative et financière</i>	ISPEC	STEP/BIT
<i>Méthodes d'analyse pour le processus de création, de suivi et d'évaluation des MAS</i>	ISPEC/IRSP	STEP/BIT

Quels outils didactiques développer ?

L'élaboration du contenu des modules se fera d'après le formateur (création interne si ISPEC/IRSP, reprise des modules existants si structures partenaires).

Le support papier sera privilégié (par ex. : cahier des apprenants, guide des utilisateurs). Un support vidéo pourra être utilisé là où c'est possible. Il faudra aussi développer des outils visuels (affichage, ...) pour les mutualistes.

Quel lien entre la recherche et la formation ?

Outre la formation académique et continue de type « one-shot », à la carte, on pourrait développer une formation suivie en recherche-action à destination d'un groupe qu'on suit régulièrement (ex. : ateliers régionaux tous les six mois...).

Les résultats des recherches devraient, dans la mesure du possible, alimenter les formations – en particulier au moment de la mise à jour des programmes. Les deux sont complémentaires.

CANEVAS DES FORMATIONS			
Module	Modalités	Formateurs (autre ISPEC/IRSP)	Publics cibles
a) <i>Concepts et principes de la MAS</i>	5 jours	PROMUSAF BØRNEfonden	- Tous
b) <i>Santé publique</i>	10 jours	Bako Arifari Gero Amoussouga	- Tous (sauf pour l'économie de la santé)
c) <i>Gestion administrative et financière</i>	10 jours	STEP/BIT	- Gestionnaires et élus des organes de MAS
d) <i>Méthodes d'analyse pour le processus de création, de suivi et d'évaluation des MAS</i>	10 jours	STEP/BIT	- Gestionnaires et élus des organes de MAS - Promoteurs - Equipes districts sanitaires
e) <i>Financement du secteur santé</i>	2 jours		- Équipes districts sanitaires - Gestionnaires et élus des organes de MAS - Promoteurs

NB : Ce canevas est *indicatif et non-exclusif*. Il devra être retravaillé avalisé par les instituts.

COMPTE-RENDU DES DÉBATS DU MARDI

Les débats qui ont suivi la présentation des résultats des ateliers ont porté sur les points suivants :

- La priorité a été donnée aux acteurs de terrain. Mais il faut réfléchir à une stratégie pour motiver les décideurs politiques à s'investir dans la MAS.
- Un des axes où il sera le plus aisé de faire des ponts entre recherche et formation concerne la viabilité et l'efficacité des systèmes de MAS (il faudra, notamment, s'inspirer des travaux du STEP/BIT).
- Les gens de la Direction de la Programmation et de la Prospective du

MSP pourraient être personnes-ressources pour certains modules – et apprenants pour d'autres. Concernant les personnes-ressources, il serait intéressant de faire passer la liste des modules à la Concertation.

- La question du financement des formations est cruciale. Au niveau du PIC, les budgets doivent être ré-acceptés chaque année par la CUD. Une ligne budgétaire est prévue pour les ressources extérieures (formateurs, experts), mais il est difficile d'envisager de faire supporter le coût tel quel des formations par le PIC.

CONCLUSIONS

En conclusion des deux journées du colloque, Marthe Nyssens a fait la synthèse des travaux, en mettant l'accent sur plusieurs points.

Tout d'abord, elle a souligné le dynamisme des initiatives de MAS existantes au Bénin. Certaines sont déjà en phase de consolidation et une Concertation entre les acteurs se met en place. Par conséquent, la recherche et la formation en la matière ne démarrent pas sur du vide. À l'avenir, il faudra tirer parti des différentes dynamiques, s'inspirer des documents de capitalisation existants - notamment ceux produits par les membres de la Concertation -, sans oublier les données qui sont disponibles mais non encore exploitées. Dans le cadre du PIC, des liens intéressants sont à créer avec l'équipe de l'Observatoire de l'Economie sociale du professeur Soulama à Ouagadougou.

Par ailleurs, Marthe Nyssens a mis en exergue la diversité des acteurs en place : il y a non seulement les promoteurs de systèmes de MAS, mais également toute une série d'autres intervenants importants. On a en effet souligné que le problème de l'accessibilité financière n'est pas le seul auquel il faut s'attaquer. Ainsi, l'implication des prestataires de soins, des pouvoirs publics et des autorités communales est un élément crucial.

À ce propos, il est nécessaire d'établir une typologie des acteurs, à deux niveaux :

- une typologie « interne », qui concerne les initiatives de MAS. Celles-ci, malgré leurs points communs (finalité non-lucrative, de service, base communautaire), présentent des variations et il conviendrait d'approfondir les critères de différenciation pour clarifier leur diversité.
- une typologie « externe », relative aux liens entre les initiatives de MAS et tous les autres acteurs : prestataires, Etat, IMF, etc.

La diversité mentionnée plus haut apparaît également au niveau des formations : il existe toute une variété de personnes-ressources et de publics-cibles. L'important est donc de développer des recherches et des formations en fonction des besoins et souhaits des acteurs. Un autre élément incarne aussi cette diversité : la multidisciplinarité (qui n'a

d'ailleurs pas été suffisamment mentionnée dans l'atelier recherche). Le dialogue entre les disciplines est primordial, et c'est justement cette idée que l'on trouve au cœur de la philosophie du PIC.

Marthe Nyssens a ensuite retracé le cheminement dans les débats tout au long du colloque. La première question émergente avait trait à l'institutionnalisation. Mais les participants ont très vite appelé à la prudence : il faut prendre garde à ne pas figer le cadre institutionnel, qui ne constitue d'ailleurs pas le besoin principal des acteurs. La question a ainsi été mise de côté au profit d'une autre qui concerne l'efficacité et la viabilité des initiatives de MAS. Ces deux critères sont différemment abordés d'après le public-cible, mais aussi d'après la finalité des initiatives (notamment en ce qui concerne la prise en charge des indigents) et le type de produit offert. En outre, on a remarqué la multiplicité des critères de viabilité (elle est non seulement financière mais aussi technique, culturelle, relative à l'appropriation, etc.).

Il est donc important d'inscrire la MAS dans le champ de la protection sociale et en particulier d'envisager différents types de régulation. L'intervention des pouvoirs publics en la matière peut être multiforme (par exemple, à travers des fonds de garantie) ; il faut malgré tout insister sur le fait que la régulation ne vient pas exclusivement d'en haut. En fait, elle se construit par l'interaction entre promoteurs et acteurs – d'où la place de l'autorégulation, qui peut être initiée au niveau de la Concertation. D'ailleurs, à cette fin d'autorégulation, la recherche en appui aux acteurs mise en œuvre par le PIC sera naturellement une recherche en appui à la politique.

En outre, Marthe Nyssens a souligné le rôle important et l'intérêt des personnes présentes au colloque. Dans le cadre du PIC, il serait intéressant de conserver cette dynamique, par exemple à travers un comité d'accompagnement du projet qui regrouperait un ensemble d'acteurs-clés.

Pour terminer, Marthe Nyssens a envisagé la MAS en faisant référence aux travaux de Jacques Defourny, qui a conceptualisé l'économie sociale au vu de deux conditions :

- La condition de *nécessité* : le besoin est criant en matière de prise en charge des soins;
- La condition d'*identité* : ici, la dynamique communautaire est forte et il faudrait l'exploiter. Les systèmes de MAS pourraient passer d'une finalité de services aux membres à une finalité de services à la communauté. La question de l'appui aux indigents est donc primordiale.

Cette remarque amène au concept d'entreprise sociale développé en Europe ; les systèmes de MAS pourraient s'y référer. Il y a en effet une dynamique d'entreprise (efficacité, etc.), mais l'aspect social est important car l'objectif final n'est pas le profit mais le service.

Avant la clôture officielle du colloque, Monsieur Lipeb, Directeur des études à l'ISPEC, a précisé que des initiatives de recherche en

appui aux décideurs sont déjà à l'étude en matière de contractualisation.

Pour conclure, Monsieur Bahati, Administrateur Délégué de l'ISPEC, a souligné que le discours de Marthe Nyssens constitue une interpellation pour la poursuite des travaux dans le cadre du PIC. Comme il était souhaité, le colloque a permis de cerner les lignes directrices à explorer en matière de recherche et de formation. La première mouture des plans de formation et de recherche, issue des deux ateliers, devrait permettre au PIC d'atteindre ses objectifs. Les résultats des travaux entrepris baliseront le chemin pour concourir au développement de la MAS. Beaucoup reste à faire, mais grâce à la détermination qui habite chacun, ce sera possible. M. Bahati a terminé en remerciant chaleureusement les participants et les membres de la délégation belge, ainsi que le Comité organisateur et les équipes de l'ISPEC et de l'IRSP.

*Rédaction et conception :
Élisabeth Paul, Mélanie Senelle
et Françoise Navez*

**A
N
N
E
X
E
S**

- 1. Liste des participants**
- 2. Discours introductif de Marthe NYSSENS pour Jacques DEFOURNY**
- 3. Présentation PowerPoint : Politique et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin**
- 4. Présentation PowerPoint : État des lieux des mas au Bénin – forces, faiblesses, opportunités et menaces**
- 5. Présentation PowerPoint : Développement des mutuelles de santé dans le contexte de la décentralisation**
- 6. Présentation PowerPoint : Pérennité et viabilité des mas au Bénin**
- 7. Présentation PowerPoint : Formation et recherche au sein des mutuelles de santé au Bénin – le cas des mutuelles BØRNEfonden**

ANNEXE 1 : LISTE DES PARTICIPANTS

HOUNKANRIN Ginette		ginohfr2002@yahoo.fr
BOKODAHOU Jean	ADMAB 05 BP 1074 Cotonou ☎ +229 30 81 35	admabjean@yahoo.fr
KUADJO Yaovi	APGA BP 12283 Lomé Togo ☎ +228 222 47 12	apga@togo-imet.com yaoviosw@yahoo.fr
TINE Justin	BIT / STEP – Bénin 01 BP 4853 Cotonou ☎ +229 31 01 76	tine@intnet.bj
TOHI Mercy	BIT / STEP – Bénin 01 BP 4853 Cotonou ☎ +229 31 01 76	stepben@intnet.bj
SALLY Nicolaï Dyssel	BØRNEfonden – Bénin ☎ +229 06 38 24 (cell.)	bn dp@intnet.bj
ADANDE Christophe	BØRNEfonden – Bénin ☎ +229 30 84 89	
DOFONSOU Joyce	CARE International Bénin 06 BP 1153 Cotonou ☎ +229 30 44 00	dofonsou@leland.bj
LAWSON L. Laté	CARE International Bénin 06 BP 1153 Cotonou ☎ +229 30 44 00	llawson@firstnet1.com
AGOHOUNGO André	CBDIBA BP 256 Bohicon ☎ +229 51 04 85	cbdiba@intnet.bj
LOVESSE Patrice	CBDIBA BP 256 Bohicon ☎ +229 51 04 85	cbdiba@intnet.bj
ODJO Raïmatou	D/FPSS ? ? ? à préciser	
BESSAOUD Khaled	IRSP Institut Régional de Santé Publique Route des Esclaves - Ouidah 01 BP 918 Cotonou ☎ +229 34 16 73/74/75 ☎ +229 34 16 72	
AGUEH Victoire	IRSP	vagueh@hotmail.com
CAPO CHICHI Justine	IRSP	guedegbec@yahoo.fr
CAPO CHICHI Martial	IRSP	martialtocandji@yahoo.fr
COSSI Marie Reine	IRSP	
KPAMOU Ouou-Ouou	IRSP	kpamou56@yahoo.fr
MAMADOU Abibou	IRSP	mamabibfr@yahoo.fr
NIKIEMA Laurent	IRSP	laurentnikiema@yahoo.fr

OUENDO Edgard-Marius	IRSP	euendo@yahoo.fr
PARAISO Noël	IRSP	npnouss@yahoo.fr
MAKOUTODE Michel	IRSP ☎ +229 34 15 59	makoutod@hotmail.com
MIDAGU BAHATI Ernest	ISPEC Institut Supérieur Panafricain d'Économie Coopérative 01BP1236 Cotonou ☎ +229 33 06 39 ☎ +229 33 15 06	
ACAKPO Jean-Gabriel	ISPEC	ajgdossou@yahoo.fr
AGBAYAHOUN Floriane	ISPEC	andree_agb@yahoo.fr
AKPLA Bernard	ISPEC	bakpla@yahoo.fr
BENON Innocent	ISPEC	benon_innocent@yahoo.fr
COCO Joseph	ISPEC	olatoude@yahoo.fr
GNIMASSOU Modeste	ISPEC	m_gnimassou@hotmail.com
LIPEB Martial	ISPEC	
MADJEDJE ESSO Klenaza	ISPEC	
N'DJA YABA Félicité	ISPEC	nyfelicite@yahoo.fr
SOB OUAFO J.C.	ISPEC	sobouafo@yahoo.fr
MAKOUTODE Patrick	IRSP / ISPEC ☎ +229 05 61 28 (cell.)	macpat1@hotmail.com makoutodepatrick@yahoo.fr
MONGBO Jean-Jacques	Louvain Développement (LD) Cotonou ☎ +229 30 62 41	coordldb@intnet.bj gery@intnet.bj lisanate2000@yahoo.fr
GNACADJA Louis	MUSANT Mutuelle de Santé pour Tous Cotonou ☎ +229 60 62 53	musant@yahoo.fr
ZODJIN Antoine Prosper	MUSANT Mutuelle de Santé pour Tous Cotonou ☎ +229 60 62 53	musant@yahoo.fr
SAIZONOU Ghislaine	Organisation Démocratique Syndicale des Travailleurs Africains (ODSTA) Togo	odsta@cafe.tg bromghis@yahoo.fr
ANAGONOU Yves	PAPME 08 BP 1155 Cotonou ☎ +229 31 10 75	yvesanagonou@yahoo.fr
BADA Gervais	PAPME 08 BP 1155 Cotonou ☎ +229 31 10 75	badagervais2000@yahoo.fr
HOUTOUKPE André	Planetfinance – Ouest Afrique	ahoutoukpe@planetfinance.org

AGBEDE Ernest	Projet 8 ^e FED / Santé Ministère de la Santé Publique Cotonou ☎ +229 33 25 47	agbedeernest@yahoo.fr
KADJA KOWENON Ancieux Constant	PROMUSAF 071 BP 349 Cotonou	constancieux@yahoo.fr
KOTO YERIMA Aboubakar	PROMUSAF Solidarité Mondiale 071 BP 349 Cotonou	kotoyerima@yahoo.fr
HOMAWOO A. Émilie	UNICEF / Cotonou – Bénin	ehomawoo@unicef.org
NYSENS Marthe	Université Catholique de Louvain Belgique	nyssens@ires.ucl.ac.be
NAVEZ Françoise	Université de Liège Centre d'Économie Sociale Bat. B33 Bte 4 4000 Liège Belgique ☎ +32 366 31 39 ☎ +32 366 28 51	f.navez@ulg.ac.be
DUJARDIN Anne	Université de Liège Belgique	anne.dujardin@student.ulg.ac.be
PAUL Élisabeth	Université de Liège Belgique	epaul@ulg.ac.be
SENELLE Mélanie	Université de Liège Belgique	senellem@yahoo.com
STANGHERLIN Gregor	Université de Liège Belgique	gstangherlin@ulg.ac.be
LABIE Marc	Université de Mons Hainaut Place Warocqué, 17 7000 Mons Belgique	marc.labie@umh.ac.be
SARAMBE Issa	Université de Ouagadougou CEDRES, Projet FIRDES	sarambei@yahoo.fr
VANGEENDERHUYSEN Charles	Université Libre de Bruxelles	charles.vangeenderhuysen@ulb.ac.be

**ANNEXE 2 : DISCOURS INTRODUCTIF
DE MARTHE NYSSENS POUR JACQUES DEFOURNY**

**ANNEXE 3 : PRÉSENTATION POWERPOINT :
POLITIQUE ET STRATÉGIES DE DÉVELOPPEMENT
DES MUTUELLES DE SANTÉ AU BÉNIN**

**ANNEXE 4 : PRÉSENTATION POWERPOINT :
ÉTAT DES LIEUX DES MAS AU BÉNIN –
FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES**

**ANNEXE 5 : PRÉSENTATION POWERPOINT :
DÉVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTÉ
DANS LE CONTEXTE DE LA DÉCENTRALISATION**

**ANNEXE 6 : PRÉSENTATION POWERPOINT :
PÉRENNITÉ ET VIABILITÉ DES MAS AU BÉNIN**

**ANNEXE 7 : PRÉSENTATION POWERPOINT :
FORMATION & RECHERCHE AU SEIN DES MUTUELLES DE
SANTÉ AU BÉNIN, LE CAS DE BØRNEFONDEN**
