

# **UNICEF: ETUDE SUR L'ETAT DES LIEUX ET LES PERSPECTIVES DE PROTECTION SOCIALE AU BENIN**

Partie I: Rapport sur l'état des lieux de la protection sociale

Anthony Hodges, Damien Mèdédji, Jean-Jacques Mongbo, Clare O'Brien



Oxford  
Policy  
Management

**juillet 2010**



## **Remerciements**

Cette étude a été financée par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et gérée par un Comité de suivi dirigé par le Ministère de la Prospective, du Développement, de l'Évaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale, avec la participation du Ministère de la Santé, du Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale, du Ministère du Travail et de la Fonction Publique, de l'UNICEF et du Bureau International du Travail (BIT). Nous remercions sincèrement les fonctionnaires des ministères, des partenaires techniques et financiers et des organisations non-gouvernementales qui nous ont accordé des entretiens (voir l'annexe B du rapport) et qui ont mis à notre disposition la documentation et les données statistiques utilisées dans notre analyse de la protection sociale au Bénin. Nous remercions aussi tous ceux qui ont participé à une réunion technique qui a eu lieu le 31 mars 2010 à Porto-Novo, sous l'égide du Comité de suivi, pour orienter la conduite de l'étude, ainsi que les participants à l'atelier de restitution de la première version du rapport, qui a eu lieu le 22 juin 2010 à Cotonou. Nous sommes également très reconnaissants de l'important appui logistique fourni par le bureau de l'UNICEF à Cotonou, qui a assuré le déroulement de l'étude dans les meilleures conditions. Les opinions exprimées dans le rapport sont celles des auteurs et ne devraient être attribuées ni à l'UNICEF ni au Gouvernement du Bénin.

## **Résumé exécutif**

Ce rapport sur l'état des lieux de la protection sociale au Bénin fait un diagnostic approfondi des systèmes et programmes de protection sociale en vigueur dans le pays et de leur efficacité comme mécanismes de réduction, gestion et atténuation des risques confrontés par les couches les plus défavorisées et vulnérables de la population béninoise.

## **Conceptualisation de la protection sociale**

La protection sociale va au-delà d'une simple « protection » des groupes défavorisés, dans le sens passif du terme, ou de la « prévention » des risques, pour mettre un accent fort sur la notion de « promotion » des ménages et des individus en situation de haute vulnérabilité. Ce qui implique le renforcement de leurs capacités en capital humain (à travers un meilleur accès aux services sociaux de base) et en capital productif et revenus, afin qu'ils puissent se prendre en charge et sortir de leur situation de pauvreté et vulnérabilité sur une base durable. Vue sous cet angle, la protection sociale joue un rôle clé non seulement dans la défense des droits sociaux à court terme mais aussi dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et la réduction de la pauvreté à long terme.

## **Risques et vulnérabilité**

L'importance des risques dans la vie des Béninois est mise en relief par le fait que, dans une enquête menée en 2008, plus de la moitié des ménages ont déclaré avoir subi au moins un choc au cours des douze derniers mois. Il s'agit surtout de chocs économiques (par exemple les hausses de prix), environnementaux (notamment les inondations) et sanitaires (les maladies et les risques liés à la maternité, qui se reflètent par des taux élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle). Il y a aussi d'importants risques socioculturels, notamment ceux basés sur la discrimination de genre, tels que le mariage précoce.

La vulnérabilité à ces risques varie selon le statut économique du ménage, la résidence géographique, les étapes du cycle de la vie et le genre, parmi d'autres facteurs. La vulnérabilité économique est essentiellement liée à la pauvreté monétaire, qui touche 33,3% des individus, selon les données de 2007. La pauvreté monétaire est caractérisée par d'importantes disparités géographiques. L'incidence de la pauvreté atteint 36,1% en milieu rural, par rapport à 28,3% en milieu urbain, et varie entre les départements, allant de 26,2% à Cotonou jusqu'à 43,3% dans le département d'Alibori dans l'extrême nord. Les enfants et les personnes âgées sont plus vulnérables que les adultes en âge de travailler, en raison respectivement de leur immaturité (et manque de pouvoir de décision au sein de la famille) et de leur invalidité. Les risques sanitaires et de malnutrition mettent en danger la survie des enfants, notamment pendant les cinq premières années de vie. Les personnes affectées par les maladies chroniques, telles que le SIDA et la tuberculose, et par les handicaps se trouvent aussi dans un état de vulnérabilité et dépendance extrêmes. Les jeunes (surtout dans la tranche d'âges de 15 à 24 ans) manifestent eux aussi des vulnérabilités spécifiques en termes d'accès au marché du travail et par rapport aux risques de santé, notamment en ce qui concerne le VIH/SIDA.

La vulnérabilité d'âge est accentuée par les vulnérabilités économiques et géographiques pour faire en sorte que les taux de mortalité sont particulièrement élevés chez les enfants de moins d'un an en milieu rural (81 sur mille naissances vivantes par rapport à 59 en milieu urbain) et parmi les quintiles les plus pauvres. Le taux de mortalité infantile dans le quintile le plus riche est de deux tiers inférieur à celui des quatre premiers quintiles selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé de 2006.

Dans un système de santé payant, où les ménages supportent environ la moitié des dépenses de la santé, le facteur coût constitue une barrière d'accès aux soins de santé et réduit la capacité des ménages pauvres à faire face aux risques sanitaires, bien que les problèmes d'accès découlent aussi d'importantes faiblesses au côté de l'offre et de la qualité des services. Le faible taux d'achèvement dans l'enseignement primaire semble refléter les mêmes facteurs, malgré l'abolition des frais de scolarisation, en raison de l'importance des frais qui restent en place, notamment ceux pour les uniformes, les fournitures scolaires et les examens, ainsi que les cotisations informelles ou officieuses qui sont toujours imposées par beaucoup d'écoles, et les coûts d'opportunité (école vs. travail).

Ce diagnostic de la situation de la vulnérabilité et des risques, qui sont de nature multiforme et complexe, montre clairement l'importance de la mise sur pied d'un système efficace de protection sociale.

## **Le cadre législatif et politique**

Les dispositions de la Constitution de 1990 qui garantissent le respect des droits des personnes les plus vulnérables sont appuyées par un arsenal juridique en la matière, renforcé par le Code des Personnes et de la Famille (la loi 2002-7) et des conventions et traités signés par le Bénin à l'échelle régionale et internationale. En outre, depuis les années 90, la volonté de l'Etat béninois à promouvoir une politique de protection sociale est affirmée à travers la vision à long terme *Bénin 2025 Alafia*, les Orientations Stratégiques du Développement (OSD) et la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP), ainsi que des politiques et documents stratégiques dans des domaines spécifiques, comme l'emploi et la promotion des mutuelles de santé.

Le renforcement de la protection sociale a été affirmé comme une des composantes de l'axe 3 du SCRP 2007-2009 (l'axe relatif au renforcement du capital humain), qui porte essentiellement sur la promotion de la famille et de la femme, la réduction des inégalités de genre, la protection et le développement de l'enfance, la « dynamisation » de la protection sociale et la promotion des mutuelles de santé pour surmonter les barrières financières d'accès aux soins de santé. Néanmoins, les actions préconisées constituent en réalité un répertoire d'objectifs et d'aspirations plutôt qu'un programme de mesures concrètes.

Le Gouvernement a aussi adopté un document intitulé « Politique et Stratégies nationales de Protection Sociale (PSNPS) 2004-2013 ». Malgré la nature plurisectorielle de la protection sociale et la diversité des mécanismes de protection sociale, ce document se limite essentiellement aux programmes non contributifs d'action sociale (les secours et les services d'appui aux individus, ménages et communautés vulnérables) menés par l'actuel Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale. D'autres programmes, mécanismes et mesures, tels que ceux afférents au renforcement de l'assurance sociale (par exemple son extension au-delà du secteur formel ou la mise sur pied d'un système national d'assurance maladie), à l'extension de la gratuité des services sociaux de base et à la promotion de l'emploi et des activités génératrices de revenus, ne sont pas réellement pris en compte dans le cadre de cette stratégie.

## **Programmes de protection sociale**

Au-delà des formes traditionnelles de protection sociale (groupes d'entraide, tontines, petites corporations de métiers etc.), qui sont essentiellement fondées sur le capital social des membres (solidarité) et sur la réciprocité dans la jouissance des prestations, la protection sociale est constituée surtout des programmes, mécanismes et mesures dans les six domaines suivants :

**Assurance sociale.** Moins de 10% de la population bénéficie des deux systèmes de sécurité sociale, qui sont gérés par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et par le Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB) et sont destinés respectivement aux personnes employées

dans le secteur privé de l'économie formelle et dans la fonction publique. En est exclue l'écrasante majorité de la population la plus pauvre et vulnérable qui gagne sa vie dans le secteur informel. En outre, les risques couverts excluent l'assurance chômage et, dans le cas de la CNSS, l'assurance maladie. La Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin (MSSB), créée en 1999 dans le souci d'étendre l'assurance sociale (assurance maladie et pensions de vieillesse) aux populations de l'économie informelle, reste assez restreinte, avec environ 12.000 bénéficiaires en 2009.

A plus grande échelle, les mutuelles de santé ont été initiées en tant que modèles alternatifs pour l'amélioration de l'accès financier des populations aux soins de santé. Elles constituent des réponses aux défis posés par le recouvrement des coûts et la participation des communautés au financement des services de santé, introduits dans le cadre de l'Initiative de Bamako de 1978. Cependant, les mutuelles ont obtenu de faibles taux d'adhésion (environ 1,8% de la population en 2009) et de pénétration dans leurs zones de couverture respectives (entre 5% et 20% selon les cas).

Seulement 9% de la population est couverte actuellement par l'assurance maladie : environ 6% par le FNRB, moins de 2% par les mutuelles de santé et moins de 1% par l'assurance privée. Le Gouvernement a décidé en 2008 de créer un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) comme initiative majeure d'amélioration de la couverture nationale du risque maladie. Des études sont actuellement en cours en vue de l'élaboration de la législation nécessaire, de la mise sur pied du dispositif institutionnel et de la prise de décisions sur le financement du RAMU (constitué en principe des ressources fiscales de l'Etat et des contributions des adhérents).

La force majeure du RAMU est l'engagement politique manifeste du Gouvernement. Néanmoins, la création du RAMU doit faire face à plusieurs enjeux et défis d'ordre institutionnel, financier et opérationnel, parmi lesquels celui de mobiliser les ressources fiscales nécessaires pour rendre les primes de cotisation abordables aux populations et pour financer des exemptions en faveur des indigents ou d'autres groupes vulnérables.

**Assistance sociale.** L'assistance sociale, c'est-à-dire la branche non contributive de la protection sociale, reste peu développée au Bénin. Les programmes existants incluent les secours fournis aux indigents par le Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale (MFSN), ainsi que des programmes alimentaires en faveur de groupes spécifiques comme les enfants d'âge scolaire en zones défavorisées (à travers des cantines scolaires) et les personnes affectées par le VIH/SIDA. Les secours octroyés par le MFSN sont très limités dans le temps et bénéficient à très peu de personnes (1.802 en 2008). La législation béninoise ne prévoit pas encore d'appuis à plus long terme dans l'optique de renforcer les capacités des personnes ou ménages afin qu'ils puissent se prendre en charge sur une base durable et sortir effectivement de leur situation de haute vulnérabilité. Le Bénin n'a pas encore considéré non plus l'option d'établir un système de pensions de vieillesse non contributives, à l'instar de quelques pays d'Afrique australe.

**Services d'action sociale.** Les services de soutien psychosocial et les mesures de prévention et de réponse aux incidents d'abus, de violence et d'exploitation, sont généralement de petite envergure par rapport à l'importance des problèmes auxquels ils prétendent faire face. Ils sont fournis par un grand nombre d'organismes étatiques, confessionnels et non gouvernementaux, souvent avec l'appui financier de bailleurs de fonds bilatéraux ou d'agences internationales, ce qui les rend fragmentées, mal coordonnées et difficiles à pérenniser. Les services publics, qui sont de portée limitée, en raison des contraintes de capacité et de financement, sont gérés principalement par le MFSN, notamment à travers les 84 Centres de Promotion Sociale (CPS), qui sont chargés du soutien des personnes en difficulté dans leurs localités, et à travers les 25 Services Sociaux Spécialisés (SSS) liés à d'autres structures étatiques comme les hôpitaux. Le plus grand défi pour les CPS est celui d'assurer la prestation des services dans un contexte de manque de ressources humaines pour identifier et répondre aux besoins. Cette contrainte fait aussi en sorte qu'il est difficile d'exercer le suivi et le contrôle des orphelinats, qui s'ouvrent sans être obligées de

s'enregistrer avec le ministère ou de conformer à des normes de qualité. Les centres pour les personnes handicapées, qui actuellement n'atteignent que quelques dizaines de personnes, pourraient être établis dans d'autres communes.

**Politiques de gratuité dans les secteurs sociaux.** La gratuité dans les secteurs de la santé et de l'enseignement peut être comprise comme mesure de protection sociale dans le sens qu'elle a l'objectif de surmonter les barrières financières qui entravent l'accès des pauvres aux services sociaux. Le Bénin a aboli les frais scolaires au niveau de l'enseignement maternel et primaire, au moins partiellement, en vue de promouvoir les objectifs de l'éducation pour tous (et les OMD 2 et 3). Néanmoins, les frais qui restent à payer (uniformes, fournitures scolaires, frais d'examens et frais officieux ou informels) demeurent des barrières importantes, contribuant aux taux élevés d'abandon scolaire. Dans le secteur de la santé, la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans avait été annoncée par le Chef de l'État en décembre 2006 mais n'a pas encore été mise en application. Des mesures de gratuité plus restreintes ont été adoptées, notamment pour le traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose, pour les césariennes et pour quelques services préventifs. Dans le contexte des préparatifs du RAMU, la question de l'extension de la gratuité reste entière, surtout en ce qui concerne l'accès au paquet essentiel de services maternels et infantiles. L'assurance et la gratuité sont des mesures complémentaires plutôt que des options alternatives, compte tenu des difficultés rencontrées dans les pays comme le Ghana pour couvrir les quintiles les plus pauvres par l'assurance.

**Subventions à la consommation.** Des subventions à la consommation, qui constituent un transfert indirect aux ménages, ont été introduites (sous forme d'allègement des droits de douane) pendant plusieurs mois en 2007-2008 en réponse à l'impact de la hausse mondiale des prix alimentaires et énergétiques sur le pouvoir d'achat. Cependant, ces subventions ont profité plus aux ménages les plus aisés, dû au fait que les produits concernés étaient surtout des produits importés qui sont consommés par ces ménages, et leur coût fiscal était lourd.

**Promotion de l'emploi et des activités génératrices de revenus.** Pour réduire la forte portée de la vulnérabilité économique des populations et surtout des jeunes et des femmes, le Gouvernement du Bénin a mis en œuvre plusieurs politiques, stratégies et mesures en appui à la promotion de l'emploi et des revenus, ainsi que des programmes d'appui à la sécurité alimentaire et au développement communautaire. Le développement des institutions de microfinance est particulièrement notable, dû au rôle que celles-ci jouent dans la sécurisation de l'épargne et dans l'offre de microcrédits de financement des activités génératrices de revenus, qui profitent aux couches de la population exclues des services bancaires. Le Bénin est le pays de l'UEMOA où la microfinance est la plus développée, avec 978.341 clients (environ 20% de la population active) en 2008. Néanmoins, une large majorité de la population, incluant notamment les plus pauvres, ne jouit toujours pas d'accès aux microcrédits, qui d'ailleurs servent surtout à financer des activités à caractère commercial à court terme au lieu de financer l'investissement productif à long terme. Les programmes d'appui à l'emploi, sont en général de petite envergure, contribuant peu à la réduction des taux très élevés de sous-emploi, surtout parmi les jeunes.

## **Capacités et ressources pour la protection sociale**

L'ampleur et l'efficacité de la protection sociale dépendent non seulement des politiques en la matière, mais aussi des capacités organisationnelles et en ressources humaines des organismes chargés de la mise en œuvre des programmes, ainsi que les ressources financières allouées à ces programmes par le budget de l'État. Compte tenu de la nature plurisectorielle de la protection sociale et du grand nombre de différents acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux impliqués, un des plus grands défis est celui d'établir un cadre de coordination pour rendre aussi cohérente que possible la gamme de programmes en existence, assurer l'efficacité des ressources déployées, éviter la dispersion des efforts, promouvoir l'échange des expériences et promouvoir la synergie des programmes, y compris la prestation de programmes complémentaires (de

ministères ou organismes différents) en faveur des mêmes communautés, groupes sociaux ou individus. L'inexistence d'un cadre institutionnel pour le « leadership » et la coordination dans ce domaine apparaît comme un dysfonctionnement important du présent système de protection sociale au Bénin.

La capacité de conception et d'exécution des programmes de protection sociale est aussi limitée par les faiblesses en ressources humaines. Le gel du recrutement dans la fonction publique, introduit à partir de 1987 comme mesure d'ajustement structurel, a arrêté le recrutement de nouveaux agents mieux formés et a contribué au vieillissement du personnel, notamment dans le MFSN. Depuis 1996/97, les restrictions sur le recrutement ont été relâchées partiellement. Néanmoins, ce ministère se trouve actuellement avec 451 agents aux niveaux national, départemental et communal, par rapport à un effectif requis de 1.286. Le manque d'effectifs dans les CPS, qui sont responsables de la mise en œuvre des programmes d'appui aux groupes les plus vulnérables de la population, est particulièrement préoccupant.

En ce qui concerne le financement de la protection sociale, l'analyse des données budgétaires montre que les programmes de protection sociale reçoivent une part minime des dépenses publiques. En 2009, ces dépenses sur la protection sociale (excluant le financement du déficit du FNRB) ont avoisiné les 6,39 milliards de francs CFA, ce qui est équivalent à seulement 0,9% des dépenses publiques totales (692 milliards de francs CFA) ou 0,2% du produit intérieur brut.

## **Recommandations**

Sont faites huit recommandations d'ordre général pour orienter le développement des politiques et programmes en vue de renforcer le dispositif de protection sociale au Bénin :

1. L'adoption d'une **politique nationale de protection sociale** qui englobe toutes les dimensions de la protection sociale et à laquelle tous les ministères pertinents adhèrent est cruciale pour une meilleure cohérence et efficacité des programmes de protection sociale, ainsi que pour promouvoir une bonne coordination dans ce domaine plurisectoriel et assurer l'engagement politique nécessaire pour une mobilisation adéquate de ressources financières.
2. L'adoption d'une telle stratégie met en relief l'urgence de trouver des moyens de **renforcement du « leadership »** et de la coordination dans ce domaine, peut-être à travers le renforcement du rôle du MPDEPPCAG et/ou la création d'une Commission Nationale de la Protection Sociale. Les PTF devraient aussi contribuer à la promotion d'une meilleure coordination de la protection sociale à travers une harmonisation de leurs interventions, conformément aux principes de la Déclaration de Paris. La mise sur pied d'un groupe de type « SWAP » sur la protection sociale, regroupant les ministères, PTF et ONG concernées, faciliterait le dialogue parmi toutes les parties prenantes.
3. La **capitalisation de l'expérience internationale en assurance maladie**, notamment en Afrique, servirait pour mieux faire face aux enjeux d'ordre institutionnel, financier et opérationnel à prendre en compte dans la conception et la mise sur pied du RAMU, parmi lesquels les modalités de financement (pour subventionner les primes de cotisation et les exemptions en faveur des indigents ou d'autres groupes vulnérables) et l'articulation avec les institutions et mécanismes existants d'assurance maladie comme le FNRB et les mutuelles.
4. La mise en œuvre de l'**extension de la gratuité** aux enfants de moins de cinq ans, annoncée en 2006, devrait être étudiée davantage comme option de mesure complémentaire au RAMU, compte tenu des difficultés rencontrées dans les pays comme le Ghana pour couvrir les quintiles les plus pauvres uniquement par l'assurance, et comme mesure d'urgence pour réduire les taux élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle. Le Gouvernement devrait aussi étudier les options possibles de réponse aux barrières financières qui entravent encore l'accès à l'école des enfants de ménages pauvres, par exemple l'élargissement de l'actuel programme de distribution gratuite de fournitures scolaires et d'uniformes.

5. Concernant le **renforcement des programmes d'appui à l'emploi et aux activités génératrices de revenus**, il serait pertinent d'étudier l'expérience de pays avec expériences d'autres options de politique comme les programmes de travaux publics à haute intensité de main d'œuvre.
6. Une **étude de faisabilité sur les transferts sociaux**, déjà prévue, analysera de fond les avantages et les désavantages d'une nouvelle approche de transferts réguliers au profit de ménages en situation de haute vulnérabilité. Une telle approche serait censée renforcer les capacités des ménages afin qu'ils puissent se prendre en charge sur une base durable, améliorer la nutrition, la santé et la scolarisation de leurs enfants et sortir effectivement de leur situation de pauvreté et vulnérabilité chroniques. Cependant, la mise sur pied d'un programme de transferts sociaux réguliers pourrait se heurter à divers défis d'ordre opérationnel, tels que des difficultés de ciblage, de capacité administrative et d'espace budgétaire, parmi d'autres. L'étude de faisabilité sera ainsi indispensable avant toute décision sur l'opportunité d'une telle approche au Bénin.
7. Le **renforcement des capacités organisationnelles et en ressources humaines** des ministères et agences avec mandats de protection sociale, ainsi que la création d'une nouvelle agence autonome pour la gestion du RAMU, est indispensable pour assurer la mise en œuvre effective des mesures proposées pour le renforcement et l'extension du dispositif de la protection sociale. L'action la plus pressante est d'augmenter les effectifs des CPS pour leur permettre d'effectuer leur mandat.
8. L'**augmentation des dépenses publiques de protection sociale** sera incontournable pour la mise en œuvre du RAMU et les mesures de gratuité déjà annoncées. L'amélioration du financement de la protection sociale est plutôt une question d'engagement politique que de manque de ressources et serait faisable dans un contexte d'accroissement des recettes publiques et de réaménagement des priorités budgétaires.



## Table des matières

|   |     |
|---|-----|
| Remerciements   | i   |
| Résumé exécutif   | ii  |
| Conceptualisation de la protection sociale                      | ii  |
| Risques et vulnérabilité  | ii  |
| Le cadre législatif et politique                                | iii |
| Programmes de protection sociale                                | iii |
| Capacités et ressources pour la protection sociale              | v   |
| Recommandations   | vi  |
| Liste des tableaux, figures et encadrés                         | xi  |
| Sigles et abréviations  | xii |
| 1 Introduction  | 1   |
| 2 Cadre analytique : conceptualisation de la protection sociale | 3   |
| 2.1 Fondements conceptuels                                      | 3   |
| 2.2 Les outils de la protection sociale                         | 5   |
| 3 Les risques, la vulnérabilité et la pauvreté au Bénin         | 7   |
| 3.1 Les principaux types de risques                             | 7   |
| 3.2 La nature de la vulnérabilité                               | 11  |
| 3.3 Implications pour la protection sociale                     | 18  |
| 4 La protection sociale traditionnelle et informelle            | 20  |
| 4.1 Nature, fondements et typologies des systèmes traditionnels | 20  |
| 4.2 Forces, limites et perspectives des systèmes traditionnels  | 22  |
| 5 Le cadre législatif et les politiques de protection sociale   | 23  |
| 5.1 Le cadre législatif   | 23  |
| 5.2 Les politiques, stratégies et plans                         | 23  |
| 6 Programmes de protection sociale                              | 27  |
| 6.1 Assurance sociale   | 27  |
| 6.2 Assistance sociale  | 43  |
| 6.3 Services d'action sociale                                   | 46  |
| 6.4 Mesures de gratuité dans les secteurs sociaux               | 51  |
| 6.5 Subventions   | 55  |
| 6.6 Promotion de l'emploi et des revenus                        | 57  |
| 6.7 Portée de la protection sociale par rapport aux besoins     | 62  |
| 7 Capacités et ressources pour la protection sociale            | 65  |
| 7.1 Mandats et coordination                                     | 65  |
| 7.2 Financement de la protection sociale                        | 68  |
| 7.3 Ressources humaines   | 71  |
| 7.4 Systèmes statistiques et suivi-évaluation                   | 72  |
| 8 Conclusions et recommandations                                | 74  |
| 8.1 Conclusions   | 74  |

**Partie I: Rapport sur l'état des lieux de la protection sociale**

|          |   |    |
|----------|---|----|
| 8.2      | Recommandations   | 76 |
| Annexe A | Bibliographie   | 80 |
| Annexe B | Liste des personnes rencontrées                                   | 88 |
| Annexe C | Tableaux supplémentaires  | 90 |
| Annexe D | Répertoire des PTF impliqués dans l'appui à la protection sociale | 94 |

## Liste des tableaux, figures et encadrés

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| Tableau 3.1 | Types de chocs (pour les ménages ayant subi un choc dans les 12 derniers mois) (%)                       | 7  |
| Tableau 3.2 | Distribution de l'incidence du VIH selon les départements  | 10 |
| Tableau 3.3 | Indices de pauvreté monétaire  | 12 |
| Tableau 3.4 | Structure d'âge de la population par déciles   | 15 |
| Tableau 3.5 | Principaux problèmes des services sanitaires cités par les Béninois                                      | 17 |
| Tableau 5.1 | Axes d'intervention de la PSNPS 2004-2013  | 26 |
| Tableau 6.1 | Dossiers de secours étudiés et retenus, 2008   | 45 |
| Tableau 6.2 | Orphelinats et structures d'accueil pour enfants en situation difficile, 2007                            | 47 |
| Tableau 6.3 | Indicateurs de l'enseignement primaire   | 52 |
| Tableau 6.4 | Dépenses et bénéficiaires du fonds sanitaire des indigents   | 54 |
| Tableau 7.1 | Dépenses publiques de protection sociale « de base », 2009 (en millions de francs CFA, base engagements) | 69 |
| Tableau 7.2 | Consommation des crédits du MFSN, 2009 (en millions de francs CFA)                                       | 69 |
| Tableau 7.3 | Personnel du MFSN au 30 novembre 2009  | 71 |
| Tableau C.1 | Statistiques de la CNSS, 2004-2008 (en millions de francs CFA)   | 90 |
| Tableau C.2 | Répartition des mutuelles de santé par promoteur et par département                                      | 91 |
| Tableau C.3 | Institutions de microfinance au Bénin, 1998-2002   | 92 |
| Tableau C.4 | Opérations et clientèle des institutions de microfinance, 2004-2008                                      | 92 |
| Tableau C.5 | Budget du MFSN, 2010 (en milliers de francs CFA)   | 93 |
|             |  |    |
| Figure 3.1  | Dépenses de consommation par décile par mois (moyenne par personne en francs CFA)                        | 13 |
| Figure 3.2  | Répartition de la dépense de santé par source de financement   | 17 |
| Figure 6.1  | Taux de redistribution de la branche des pensions de la CNSS   | 29 |
| Figure 6.2  | Croissance du nombre de bénéficiaires de la MSSB, 2001-2009  | 31 |
| Figure 6.3  | Structure des charges de la MSSB, 2009   | 32 |
| Figure 6.4  | Evolution du nombre de mutuelles de santé au Bénin, 1997-2010  | 34 |
| Figure 6.5  | Répartition des adhérents aux mutuelles de santé selon les départements, mars 2010                       | 36 |
| Figure 6.6  | Répartition des bénéficiaires des mutuelles de santé selon les départements                              | 37 |
| Figure 6.7  | Pourcentage de la population inscrite au NHIS par quintile économique                                    | 43 |
| Figure 6.8  | Opérations et clients des institutions de microfinance, 2004-2008  | 59 |
| Figure 7.1  | Dépenses publiques de protection sociale (milliards de francs CFA)                                       | 70 |
|             |  |    |
| Encadré 6.1 | Le Système National d'Assurance Maladie au Ghana   | 37 |

## Sigles et abréviations

|          |  |
|----------|--|
| ADMAB    | Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin  |
| AGeFIB   | Agence de Financement des Initiatives de Base  |
| AGVSAN   | Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition                                       |
| AIDE     | Aide à l'Insertion et au Développement de l'Embauche   |
| ALIDé    | Association de Lutte Intégrée pour le Développement  |
| AMCES    | Association des Œuvres Médicales Confessionnelles Privées et Assimilées<br>Exerçant dans le Secteur de la Santé au Bénin |
| ANAM     | Agence Nationale d'Assurance Maladie   |
| ANGC     | Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne  |
| ANMC     | Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, de Belgique   |
| ANPE     | Agence Nationale Pour l'Emploi   |
| AssEF    | Association d'Entraide des Femmes  |
| AMaSCo   | Associations de Micro-assurance de Santé Communautaire   |
| BIT      | Bureau International du Travail  |
| CBDIBA   | Centre Béninois pour le Développement des Initiatives à la Base  |
| CDSS     | Caisse Dahoméenne de Sécurité Sociale  |
| CIDR     | Centre Internationale de Développement et de Recherche   |
| CNSS     | Caisse Nationale de Sécurité Sociale   |
| CoNSAMAS | Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles et Assurances de Santé                                       |
| CoNSAMUS | Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles de Santé   |
| CPS      | Centre(s) de Promotion Sociale, du MFSN  |
| CREDES   | Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé   |
| CVMSR    | Caisses Villageoises de Mutualité Sociale Rurale   |
| DEIPJ    | Direction de l'Entrepreneuriat et de l'Insertion Professionnelle des Jeunes  |
| DIEPA    | Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement  |
| DPE      | Direction de la Promotion de l'Emploi, du MMEJF  |
| DPP      | Direction de la Programmation et de la Prospective   |
| DRFM     | Direction des Ressources Financières et du Matériel  |
| DRH      | Direction des Ressources Humaines  |
| DRIPH    | Direction de Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées, du MFSN   |
| DSRP     | Document de stratégie de réduction de la pauvreté  |
| EDS      | Enquête Démographique et de Santé  |
| EMICOV   | Enquête modulaire intégrée sur les conditions de vie des ménages   |
| FARIPH   | Fonds d'Appui à la Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées  |
| FASNAS   | Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale  |
| FECECAM  | Fédération des Caisses d'Epargne et de Crédit Agricole Mutuel  |
| FIJ      | Fonds d'Insertion des Jeunes   |
| FINADEV  | Financement du Développement   |
| FMI      | Fonds Monétaire International  |
| FNIJ     | Fonds National d'Insertion des Jeunes  |
| FNM      | Fonds National de la Microfinance  |
| FNPEEJ   | Fonds National pour la Promotion de l'Entreprise et l'Emploi des Jeunes  |
| FNRB     | Fonds National de Retraite du Bénin  |
| GROPERE  | Groupement pour la Promotion et l'Exploitation des Ressources de l'Environnement   |
| G24      | Groupe des Vingt Quatre (gouvernements de pays développés et émergents)  |
| INSAE    | Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique   |
| MAS      | Micro-assurance santé  |
| MCP      | Programme des Microcrédits aux Plus Pauvres  |

|           |   |
|-----------|---|
| MEPDEAP   | Ministère de l'Economie, de la Prospective, du Développement et de l'Evaluation de l'Action Publique  |
| MFE       | Ministère de la Famille et de l'Enfant  |
| MFPSSN    | Ministère de la Famille, de la Protection Sociale et de la Solidarité   |
| MFSN      | Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale   |
| MMEJF     | Ministère de la Microfinance et de l'Emploi des Jeunes et des Femmes  |
| MPDEPPCAG | Ministère de la Prospective, du Développement et de l'Evaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale |
| MS        | Ministère de la Santé   |
| MSP       | Ministère de la Santé Publique  |
| MTFP      | Ministère du Travail et de la Fonction Publique   |
| MSSB      | Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin   |
| MUSANT    | Mutuelle de Santé   |
| OCS       | Observatoire du Changement Social   |
| OEV       | Orphelin ou enfant vulnérable   |
| OMD       | Objectifs du Millénaire pour le Développement   |
| ONG       | organisation non gouvernementale  |
| ONU       | Organisation des Nations Unies  |
| OPM       | Oxford Policy Management  |
| OSD       | Orientations Stratégiques du Développement  |
| PADME     | Association pour le Développement des Micro-Entreprises   |
| PAM       | Programme Alimentaire Mondiale  |
| PAPME     | Agence pour la Promotion des Petites et Moyennes Entreprises  |
| PIB       | Produit intérieur brut  |
| PISAF     | Projet Intégré de Santé Familial, de l'USAID  |
| PNDC      | Programme National de Développement Communautaire   |
| PNLS      | Programme National de Lutte contre le SIDA  |
| PNUD      | Programme des Nations Unies pour le Développement   |
| PROMUSAF  | Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique   |
| PSNPS     | Politique et Stratégies Nationales de Protection Sociale 2004-2013  |
| PTF       | Partenaires techniques et financiers  |
| PUASA     | Programme d'Urgence en Appui à la Sécurité Alimentaire  |
| PVVIH     | Personne vivant avec le VIH   |
| RAMU      | Régime d'Assurance Maladie Universelle  |
| RAS       | Réseau Alliance Santé   |
| SCRP      | Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté  |
| SIGFIP    | Système Intégré de Gestion de Finances Publiques  |
| SSS       | Services Sociaux Spécialisés, du MFSN   |
| STEP      | Stratégies et Techniques contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté, du BIT  |
| UA        | Union Africaine   |
| UEMOA     | Union Economique et Monétaire Ouest Africaine   |
| UNICEF    | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance  |
| USAID     | Agence des Etats-Unis pour l'Aide au Développement  |
| VIH/SIDA  | Virus d'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise  |
| WSM       | Solidarité Mondiale   |



## **1 Introduction**

Ce rapport sur l'état des lieux de la protection sociale au Bénin constitue la première partie d'une étude plus étendue sur les perspectives de renforcement de la protection sociale dans le pays. La deuxième phase de l'étude analysera la faisabilité d'un programme de transferts en espèces. Trois résultats sont attendus de cette première phase:

1. Une analyse situationnelle de l'état actuel des systèmes et programmes de protection sociale au Bénin et leur impact sur les groupes vulnérables en général et sur les enfants en particulier;
2. Une identification des besoins prioritaires des populations en matière de protection sociale, notamment chez les enfants;
3. Des recommandations préliminaires pour donner une orientation stratégique en vue de l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale au Bénin selon une approche holistique.

L'étude fait un diagnostic approfondi des systèmes et programmes de protection sociale en vigueur dans le pays et de leur efficacité comme mécanismes de réduction, gestion et mitigation des risques confrontés par les couches les plus défavorisées et vulnérables de la population béninoise. L'étude inclut une analyse institutionnelle, qui évalue le cadre de politiques, la capacité organisationnelle et de ressources humaines, la coordination intersectorielle et le niveau de financement de la protection sociale.

Il est important de prendre note des insuffisances en données statistiques qui ont limité la portée de l'analyse dans plusieurs sections de ce rapport. L'analyse présentée dans ce rapport se base sur la documentation et les données statistiques *déjà disponibles* au Bénin, ainsi que sur des informations obtenues lors d'une série d'entretiens, entre le 22 mars et le 2 avril 2010, avec les ministères du Gouvernement béninois, les partenaires techniques et financiers et les organisations de la société civile. L'équipe de recherche a travaillé sous l'orientation d'un Comité de suivi dirigé par le Ministère de la Prospective, du Développement, de l'Évaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale, avec la participation du Ministère de la Santé, du Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale (MFSN), du Ministère du Travail et de la Fonction Publique, du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et du Bureau International du Travail (BIT). Le Comité de suivi s'est réuni avec les consultants à Porto-Novo, le 31 mars 2010, pour passer en revue la méthodologie de l'étude.

Une première version du rapport a été présentée lors d'un atelier technique qui a eu lieu à Cotonou le 22 juin 2010 et auquel ont assisté les représentants des ministères concernés, ainsi que des ONG et organisations internationales. Les commentaires faits ont été pris en compte dans la version finale du rapport.

Le rapport est structuré ainsi. Le chapitre 2 présente le cadre analytique de l'étude, notamment en ce qui concerne les fondements conceptuels de la protection sociale. Le chapitre 3 donne un profil de la pauvreté et de la vulnérabilité au Bénin. Le chapitre 4 est consacré aux mécanismes traditionnels et informels de protection sociale.

À partir du chapitre 5 est analysé le système moderne de protection sociale au Bénin. Le chapitre 5, dessine le cadre législatif et de politiques qui régie le développement de la protection sociale. Le chapitre 6 passe en revue les six principaux sous-systèmes et programmes existant dans le pays, à savoir : (i) l'assurance sociale, c'est-à-dire la branche contributive de la protection sociale; (ii) l'assistance sociale, notamment les secours fournis aux personnes dites « indigentes » et quelques programmes d'appui nutritionnel; (iii) les services d'action sociale; (iv) les mesures de gratuité dans les secteurs sociaux; (v) les subventions aux prix de consommation; et (vi) les programmes de promotion d'emploi et de revenus chez les jeunes, les femmes et d'autres

## ***Partie I: Rapport sur l'état des lieux de la protection sociale***

couches vulnérables de la population. Le chapitre 7 aborde la question de la capacité institutionnelle et des ressources nécessaires pour assurer un socle adéquat de protection sociale. Le chapitre 8 tire les principales conclusions et fait quelques recommandations préliminaires pour contribuer au développement d'une politique nationale de protection sociale. Une bibliographie se trouve dans l'Annexe A et la liste des personnes interviewées dans l'Annexe B.

## 2 Cadre analytique : conceptualisation de la protection sociale

La protection sociale est généralement vue comme l'ensemble des mesures publiques ou à but non lucratif qui visent la prévention et la gestion des risques (ou chocs exogènes) et la réduction de leurs impacts néfastes sur les ménages et les individus. La protection sociale est devenue de plus en plus en vue dans les politiques de développement au cours des dernières années, notamment dans la réponse à la triple crise alimentaire, énergétique et financière qui a frappé l'économie mondiale de 2008 à 2009, avec de graves impacts sur le bien-être, surtout des ménages pauvres dans les pays en voie de développement. En avril 2009, le Système des Nations Unies a proposé un « socle de protection sociale » comme une des composantes clefs de la réponse à la crise et a demandé à chaque pays de définir son propre socle pour sauvegarder les revenus des couches les plus vulnérables et pour assurer l'accès des populations aux services essentiels, tels que l'eau, l'assainissement, la santé et l'enseignement (ONU, 2009). Le sommet du G24, tenu à Londres le même mois, a insisté sur l'importance du renforcement de la protection sociale pour atténuer les impacts négatifs de la crise sur la pauvreté et pour sauvegarder les progrès accomplis vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Au niveau régional, l'Union Africaine a pris position sur la protection sociale en adoptant le « Cadre de Politique Sociale Africaine » (UA, 2008) lors de sa conférence des ministres en charge du développement social, tenue à Windhoek, Namibie, en octobre 2008. Cette politique, qui a été ratifiée par le Comité Exécutif des Chefs d'État réuni à Addis-Abéba en janvier 2009, note l'émergence d'un consensus sur l'idée d'un « ensemble minimum de la protection sociale essentielle » et affirme que « la protection sociale doit constituer une obligation de l'état » avec des dispositions y afférentes dans la législation nationale, les plans de développement national et les documents de stratégies de réduction de la pauvreté (DSRP). Plusieurs pays africains, comme le Cap-Vert, le Ghana, le Mali et le Sénégal, se sont dotés de stratégies ou politiques nationales de protection sociale. En outre, presque tous les DSRP en Afrique accordent une place importante à la protection sociale, quelquefois en y consacrant un des « axes » de ces stratégies.

### 2.1 Fondements conceptuels

**Risque, vulnérabilité et capacité.** La notion de *risque*, qui sous-tend l'idée de la protection sociale, est quelquefois présentée sous un angle largement (ou même exclusivement) économique. Cependant, de plus en plus elle est comprise d'une manière plus ample, englobant toute sorte de risque de nature économique, environnementale, sanitaire, socioculturel ou même politique qui est nuisible au bien-être et aux droits des individus (voir ODI et UNICEF, 2009). Il est aussi utile de distinguer deux grandes classes de risques : les risques idiosyncratiques, c'est-à-dire la probabilité de survenance d'un choc qui touche un seul ménage ou individu, indépendamment des autres (par exemple une maladie ou la perte d'un emploi) ; et les risques covariants, tels que les chocs économiques, climatiques ou politiques qui affectent l'ensemble d'une communauté, d'une région ou d'un pays. La nature des risques détermine la pertinence des divers outils de la protection sociale (voir ci-dessous), appliqués individuellement ou en combinaison. Il est important aussi de prendre en compte que ces outils ne peuvent pas faire face seuls à certains types de risques, surtout ceux de nature covariante, qui requièrent souvent des actions à d'autres niveaux, par exemple une bonne gestion de l'économie, des mesures de protection environnementale ou des actions de prévention, gestion et résolution de conflits.

Deux concepts connexes sont ceux de la *vulnérabilité* aux risques et de la *capacité* de gérer les risques. La notion de « groupes vulnérables », très répandue dans les conceptualisations de la protection sociale, tient son importance du fait que la vulnérabilité aux risques est accentuée chez certaines catégories de la population. L'Observatoire du Changement Social (OCS) remarque à

juste titre que « tous les individus n'ont pas les mêmes possibilités de faire face à une même menace » (MPDEPPCAG et OCS 2009, p.88). En effet, les degrés de vulnérabilité varient selon la situation économique des ménages (niveau de revenus, épargne, propriété foncière, bétail etc.), la résidence (zones géographiques et milieux rural et urbain), le cycle de la vie (petite enfance, âge scolaire, adolescence, âge adulte et troisième âge), le genre, les handicaps, les niveaux de connaissances ou d'éducation des individus et les relations sociales, notamment dans les sociétés marquées par des problèmes d'exclusion ou de discrimination sociales. Souvent ces facteurs de vulnérabilité se renforcent mutuellement, créant des handicaps doubles ou multiples.

Il y a une relation inverse entre la vulnérabilité et la capacité de gérer les risques. Selon Rousseau (2003), cette relation peut se traduire par la formule suivante :

$$\text{vulnérabilité} = \text{risque/capacité}$$

Un individu ou un ménage aura un niveau de vulnérabilité plus faible si, face aux mêmes risques, son stock de capacités lui permet de mieux résister au choc. En revanche, son niveau de vulnérabilité sera plus élevé si son stock de capacités est trop faible pour lui permettre de réaliser les ajustements nécessaires pour protéger son bien-être.

**Pauvreté et vulnérabilité.** La relation entre la pauvreté, la vulnérabilité et les capacités mérite une attention particulière. Le manque de ressources fait en sorte que le pauvre est mal placé pour gérer les risques. Par exemple, il peut ne pas réussir à envoyer ses enfants au centre de santé en cas de maladie dû au fait qu'il n'a pas les moyens nécessaires pour payer les frais des consultations ou d'acheter les médicaments...ou il peut être contraint de diminuer son capital productif afin de trouver les moyens de payer les soins. En cas de choc climatique ou économique, ou d'autres types de désastres, le ménage peut se trouver sans moyens suffisants (épargne, assurance, accès au crédit) pour gérer les conséquences du choc et se voir obligé de recourir à des stratégies d'adaptation qui lui sont néfastes à long terme, telles que la vente de bétail et d'autres biens productifs et le retrait des enfants de l'école, ce qui implique le désinvestissement en capital humain. Le ménage devient ainsi encore moins productif et peut passer en dessous ou s'écarter davantage du seuil de pauvreté. Autre caractéristique importante de la vulnérabilité économique est un état d'aversion au risque, ce qui peut bloquer les petits investissements nécessaires pour améliorer la productivité et le bien-être à long terme.

**La protection sociale vue sous l'angle de la « promotion » des capacités.** L'importance donnée aux capacités est à la base de la conceptualisation moderne de la protection sociale qui va au-delà d'une simple « protection » des groupes défavorisés, dans le sens passif du terme, ou de la « prévention » des risques, pour mettre un accent fort sur la notion de « promotion » des ménages ou des individus en situation de haute vulnérabilité à travers le renforcement de leurs capacités en capital humain et en capital productif, afin qu'ils puissent se prendre en charge et sortir de leur situation de pauvreté et vulnérabilité sur une base durable. Quelques auteurs (par exemple, Devereux et Sabates-Wheeler, 2004) vont plus loin pour mettre en relief le potentiel « transformatif » de certaines mesures de protection sociale qui renforcent les capacités des pauvres et s'adressent aux contraintes structurelles de la discrimination et de l'exclusion sociale.

Cette vision signifie que le renforcement de la protection sociale n'est pas seulement un impératif pour la protection des couches pauvres et vulnérables de l'impact des chocs exogènes et d'éviter la descente des non pauvres en dessous du seuil de pauvreté. En permettant aux ménages défavorisés de cumuler des biens productifs, d'améliorer leur productivité, de gagner accès aux services sociaux de base et d'investir dans leurs enfants, les politiques et programmes de protection sociale sont aussi des composantes essentielles de stratégies à long terme pour lutter contre la pauvreté chronique, stimuler la croissance économique et assurer l'atteinte des OMD. C'est dans cette perspective que l'Union Africaine a reconnu que « la protection sociale a des impacts positifs multiples sur les économies nationales et est essentielle pour créer le capital

humain, rompre le cycle de pauvreté intergénérationnelle et réduire les inégalités croissantes qui handicapent le développement économique et social de l'Afrique » (UA, 2008).

**L'importance de la protection sociale pour les enfants.** Les enfants sont plus vulnérables que les adultes, en raison de leur immaturité physique et psychosociale, surtout pendant la petite enfance, étape du cycle de la vie pendant laquelle les risques de non-survie sont particulièrement élevés dans les pays les moins développés. Des mesures de protection sociale qui renforcent la capacité des ménages à assurer une nutrition adéquate, l'accès à l'eau potable, des conditions d'habitation et d'assainissement adéquates et l'accès aux services de santé, d'enseignement sont primordiales pour la survie et le développement de l'enfant. Ces mesures peuvent être vues non seulement comme moyen de protéger les droits de l'enfant à court terme, mais aussi comme moyen d'assurer l'investissement des ménages dans les capacités de leurs enfants. Le développement du capital humain qui en résulte joue un rôle clef dans la rupture du cycle de la pauvreté chronique, contribuant ainsi à rompre la transmission intergénérationnelle de la pauvreté.

## **2.2 Les outils de la protection sociale**

Transversale par sa nature, la protection sociale moderne inclut une large gamme de mesures ou « outils » (politiques, lois, programmes, transferts, services etc.). Ces outils sont censés compléter les mécanismes traditionnels ou informels de protection sociale, qui sont ancrés dans les cultures mais sont jugés inadéquats pour faire face aux risques courants dans les sociétés modernes (voir le chapitre 4). Les frontières de la protection sociale moderne sont floues, mais il convient d'inclure au moins les volets suivants, qui sont tous pertinents à la finalité de la protection sociale : l'assurance sociale, l'assistance sociale, les services sociaux d'appui aux groupes vulnérables, les mesures de gratuité dans les secteurs sociaux, les subventions au consommateur et les programmes de promotion de l'emploi et des activités génératrices de revenus chez les couches pauvres de la population.

**Assurance sociale.** Basée sur la notion de partage et d'aplanissement de risques (de maladie, chômage, vieillesse, décès, accidents etc.), l'assurance sociale est de nature contributive. Elle est souvent liée à l'emploi, à travers le paiement de cotisations par les employés et/ou leurs employeurs, bien qu'elle puisse aussi prendre la forme de systèmes nationaux d'assurance plus larges, quelquefois subventionnés par l'État. Dans la plupart des pays africains, l'assurance sociale se limite essentiellement aux régimes de sécurité sociale destinés aux employés de la fonction publique et des entreprises privées et parapubliques du secteur formel de l'économie, qui, avec les personnes à leur charge, constituent rarement plus de 10 à 15% de la population (ODI et UNICEF, 2008a). L'écrasante majorité de la population et surtout ceux qui sont parmi les plus pauvres et vulnérables s'en trouvent exclus. Quelques gouvernements ont tenté d'établir des systèmes nationaux d'assurance maladie en vue de faciliter l'accès de leurs populations aux soins de santé et de réduire les taux élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle (OMD 4 et 5), bien que seulement deux pays en Afrique sub-saharienne, le Rwanda et le Ghana, aient réussi à couvrir une grande partie de la population (environ 80% au Rwanda et 50% au Ghana) à travers de tels systèmes. Comme moyen alternatif d'étendre l'assurance, en particulier l'assurance maladie, à la population exerçant ses activités dans le secteur informel, des mutuelles ont été établies sur une base communautaire ou professionnelle dans beaucoup de pays africains, mais elles ont rarement atteint une couverture de plus de 2 à 4% de la population, dans des pays comme le Mali et le Sénégal (ODI et UNICEF, 2008b).

**Assistance sociale.** Cette branche non contributive de la protection sociale est constituée des transferts en espèces ou en nature en faveur de ménages ou d'individus pauvres ou de groupes cibles spécifiques, comme dans le cas des pensions de vieillesse universelles. Dans la plupart des pays d'Afrique francophone, ce volet de la protection sociale se limite à de petits programmes publics de secours ponctuels en espèces ou en nature à personnes indigentes, ainsi que des programmes d'aide humanitaire, d'appui nutritionnel et de cantines scolaires, mis en œuvre

principalement par des organisations internationales, ONG et confessions religieuses. Ces programmes sont rarement conçus pour renforcer les capacités des populations vulnérables et réduire la pauvreté sur une base durable. Cependant, des programmes de transferts en espèces, sous forme d'allocations payées aux ménages pauvres sur une base régulière, sont devenus un instrument important de lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité dans quelques pays africains, notamment l'Afrique du Sud et l'Éthiopie, ainsi que dans beaucoup de pays d'Amérique Latine et d'Asie. Ces transferts permettent aux ménages bénéficiaires d'augmenter leurs ressources, contribuant ainsi à réduire directement l'incidence de la pauvreté monétaire, à promouvoir la redistribution des revenus, à améliorer la nutrition infantile et maternelle, à faciliter l'accès aux services sociaux de base, à augmenter la productivité et à donner un caractère « pro pauvre » à la croissance économique. En assurant l'accès des enfants à l'école, aux soins de santé et à une nutrition adéquate, ce type de transfert social contribue au renforcement du capital humain, ce qui joue un rôle important dans la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité à long terme. Des pensions de vieillesse non contributives existent dans quelques pays de l'Afrique sub-saharienne soit sur une base universelle (Ile Maurice, Lesotho) soit ciblées en faveur des personnes de 3<sup>ème</sup> âge vivant dans la pauvreté (Afrique du Sud, Namibie, Swaziland).

**Services sociaux d'appui aux groupes vulnérables.** Cette branche « non monétaire » de la protection sociale englobe une large gamme de programmes de prévention et de réponse à des problèmes spécifiques. Incluant des campagnes de conscientisation, des actions d'appui psychosocial, des programmes de support aux familles et d'autres types d'intervention, ces programmes font face aux risques essentiellement de caractère social ou culturel (violence domestique, mariages précoces, séparation des enfants de leurs familles, abus du système de confiage, etc.) et quelquefois économique (dans le cas de la traite et du travail des enfants). En Afrique, ces programmes sont généralement de petite envergure, éparpillés et mal coordonnés, et difficiles à pérenniser dû au fait qu'ils sont souvent financés sous forme de « projets » par les partenaires au développement.

**Subventions au consommateur.** En situations de chocs inflationnistes, comme les hausses des prix internationaux des produits alimentaires et énergétiques en 2008-2009, les subventions sont une mesure habituelle de « protection » mise en place par les gouvernements pour soutenir le pouvoir d'achat des populations. Les subventions sont souvent critiquées (notamment par le FMI) pour leur coût budgétaire élevé et pour le mauvais ciblage dans le cas de subventions appliquées aux produits qui sont principalement consommés par les ménages les plus aisés.

**Mesures de gratuité dans les secteurs sociaux.** L'introduction de mesures de gratuité dans les secteurs de santé et de l'enseignement traduit un objectif de protection sociale dans le sens qu'elle vise à relever le défi des barrières financières d'accès aux services sociaux de base. De nombreux gouvernements africains, y compris le gouvernement du Bénin, ont aboli les frais scolaires au niveau de l'enseignement primaire, au moins partiellement, en vue de promouvoir les objectifs de l'éducation pour tous. Quelques pays (par exemple, le Congo, le Kenya et l'Ile Maurice) ont étendu la gratuité à l'enseignement secondaire. L'introduction de la gratuité pour les soins de santé maternelle et infantile a été moins répandue, bien que plusieurs pays aient aboli les frais pour des services et interventions spécifiques (accouchements, césariennes, traitement du paludisme, du VIH/SIDA et de la tuberculose, vaccinations, etc.) ou pour des groupes spécifiques (par exemple les femmes enceintes, comme au Ghana).

**Programmes de promotion de l'emploi et d'activités génératrices de revenus.** Dans la perspective de réduire la pauvreté et de permettre aux ménages de se prendre en charge, les politiques de protection sociale incluent souvent des volets d'appui à l'emploi, tels que les travaux publics à haute intensité de main d'œuvre. Dans plusieurs pays africains, et notamment au Bénin (voir la section 6.6 de ce rapport), des programmes de microfinance visent la promotion des activités génératrices de revenus, surtout en faveur des femmes exerçant des activités dans le secteur informel de l'économie.

### 3 Les risques, la vulnérabilité et la pauvreté au Bénin

L'étape la plus importante pour l'identification des interventions appropriées en matière de protection sociale consiste à identifier les types de risques auxquels les populations sont confrontées (section 3.1) et les différentes dimensions de la vulnérabilité (section 3.2).

#### 3.1 Les principaux types de risques

Selon le rapport de l'Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition, dénommé ci-dessous AGVSAN (INSAE et al, 2009), 53% des ménages ont déclaré avoir subi au moins un choc au cours des douze derniers mois. Les chocs cités sont surtout déclinés en chocs économiques, environnementaux et sanitaires et se manifestent à trois niveaux : micro (individu/ménage), méso (communauté) et macro (pays). Comme le note le document de Politique et Stratégies Nationales de Protection Sociale (PSNPS) 2004-2013, ces chocs peuvent aussi varier en intensité, allant de chocs légèrement nocifs et donc plus faciles à gérer jusqu'aux chocs les plus destructifs qui peuvent engendrer des pertes importantes de ressources et de capacités (dégradation de l'environnement, ménages affectés par le SIDA, etc.).

**Tableau 3.1 Types de chocs (pour les ménages ayant subi un choc dans les 12 derniers mois) (%)**

| Choc   | Incidence (%) |
|--|---------------|
| <b>Chocs sociaux</b>                                   | <b>54</b>     |
| Maladie sérieuse ou accident d'un membre du ménage     | 37            |
| Décès d'un membre actif du ménage                      | 5             |
| Décès d'un autre membre du ménage                      | 12            |
| <b>Chocs économiques</b>                               | <b>23</b>     |
| Augmentation du prix d'achat des produits alimentaires | 14            |
| Revenu réduit d'un membre du ménage                    | 6             |
| Perte/manque d'emploi d'un membre du ménage            | 3             |
| <b>Chocs environnementaux</b>                          | <b>15</b>     |
| Pluies diluviennes/inondations                         | 9             |
| Pluies tardives/sécheresse                             | 5             |
| Maladies inhabituelles du bétail                       | 1             |
| <b>Autres</b>  | <b>9</b>      |
| <b>Total</b>   | <b>100</b>    |

Source : INSAE et al, 2009.

Comme le Tableau 3.1 le montre, 54% des chocs subis par les ménages sont des chocs sociaux (surtout ceux liés à la maladie), contre 23% pour les chocs économiques (notamment les hausses de prix) et 15% pour les chocs environnementaux (inondations, sécheresse, etc.). En outre, il montre la prédominance des chocs idiosyncratiques (63%) contre 29% pour les chocs collectifs. Ces données ne prennent pas en compte les risques de type socioculturel, tels que ceux de l'exploitation, des abus et de la discrimination, qui sont essentiellement de nature idiosyncratique mais sont aussi d'importance critique dans la vie des populations, notamment dans le cas des femmes, des enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées.

### **3.1.1 Risques économiques**

Les chocs économiques affectant les ménages au Bénin sont principalement liés à la hausse des prix des biens de consommation. Selon le rapport AGVSAN, qui a analysé les chocs pendant la période d'inflation déclenchée par la hausse des prix des denrées alimentaires en 2008, 14% des ménages ont déclaré avoir subi un tel choc.

A l'instar de la majorité des pays d'Afrique de l'Ouest, le Bénin en tant qu'importateur net des produits alimentaires a été touché de plein fouet par la hausse des prix des produits alimentaires, qui a exercé une pression supplémentaire sur la sécurité alimentaire et la nutrition, surtout dans les ménages pauvres. Les pauvres, surtout en milieu urbain mais aussi dans quelques zones rurales, ont tendance à être des acheteurs nets de produits alimentaires. La baisse du pouvoir d'achat a touché 65% des ménages résidant en milieu urbain, notamment dans les départements du Littoral et de l'Ouémé, selon les données de l'AGVSAN. Mis à part les fonctionnaires et d'autres salariés du secteur formel de l'économie, les couches les plus touchées étaient essentiellement les travailleurs journaliers, les artisans et les ménages vivant de petits métiers, de petit commerce informel, de la pêche et des activités de transport de passagers. Ces tendances ont entraîné une réduction des dépenses des ménages et une hausse de la pauvreté monétaire, qui est estimée à 34,4% en 2009 contre 33,3% en 2007.

La chute des prix de produits agricoles commercialisés par les ménages peut aussi avoir des conséquences néfastes pour le niveau de vie en milieu rural. Dans le cas du coton, le principal produit agricole d'exportation du Bénin, le marché est fortement affecté par l'inégalité du commerce international (la subvention de la production du coton dans les pays développés). La chute des prix a réduit la rentabilité du produit et la rémunération des producteurs, provoquant une importante baisse du revenu au niveau des ménages producteurs de coton. Pour limiter ces effets, le Bénin a mis en place, comme dans la plupart des pays africains, un mécanisme de stabilisation des prix aux producteurs qui continue mais est actuellement géré par le privé du fait de la libéralisation de la filière. Ce mécanisme reste limitatif au regard de la persistance de la crise. Selon Araujo Bonjean (2000), un mécanisme de stabilisation viable ne peut prendre en charge que les fluctuations transitoires des prix autour de leur valeur tendancielle sous peine de conduire à un épuisement rapide ou à une accumulation infinie de ses réserves.

À ces chocs de prix on peut ajouter les effets économiques des récoltes médiocres, les coûts liés aux décès de membres de la famille (perte de revenu, dépenses funéraires, rites traditionnels imposés aux veuves), l'impact économique des maladies (perte de productivité et perte de biens pour payer les soins médicaux), les effets de la dégradation de l'environnement (réduction de la productivité, des revenus et des possibilités de diversification) et l'impact économique du VIH/SIDA (décès du soutien de famille et nombre accru d'orphelins).

Dans ces conditions de risques multiples, l'inexistence de filets de sécurité pouvant aider les pauvres à faire face aux chocs est une des faiblesses primordiales du système actuel de protection sociale au Bénin. En l'absence de mesures idoines, il est clair que les chocs économiques exogènes risquent non seulement de faire plonger davantage de ménages dans la pauvreté mais aussi de renforcer les trappes de pauvreté chronique.

### **3.1.2 Risques environnementaux**

Les principaux risques climatiques identifiés sur le territoire de la République du Bénin sont la sécheresse, les inondations et l'avancée de la mer/l'érosion côtière. Leurs impacts sont très importants et se caractérisent par une dégradation des ressources naturelles, le déplacement des populations, les perturbations des activités économiques, surtout agricoles, et des coûts économiques et sociaux de plus en plus lourds alors que l'agriculture constitue l'activité principale

de 70% de la population active et contribue pour 36% du PIB, 88% des recettes d'exportation et 15% des recettes de l'Etat.

Depuis 1985, l'inondation constitue le risque climatique le plus important auquel le Bénin est exposé. Hormis l'année 2006 où elle a connu une envergure nationale, elle est plutôt concentrée sur les départements du Zou, du Borgou, de l'Alibori, de l'Ouémé, du Littoral, de l'Atlantique, du Mono et des Collines. En 2008, elle a touché spécifiquement le département de l'Ouémé et a occasionné 5 décès, avec six arrondissements et 20 villages sinistrés (INSAE et al, 2009). En 2007, c'est le nord du Bénin qui a été touché, avec 50 villages détruits et 43.000 personnes affectées. En 1994, des inondations causées par des pluies torrentielles ont touché le département du Borgou, laissant 20.000 sans abris et conduisant à la dévastation des cultures, la perte de bétail et la destruction d'infrastructures routières.

### **3.1.3 Risques sanitaires**

Le choc le plus cité par les populations porte sur la maladie ou l'accident d'un membre du ménage (37%). Ces risques, qui ont pour résultat des niveaux élevés de mortalité, surtout chez l'enfant de moins de cinq ans, ont également des répercussions importantes sur le bien-être des ménages au Bénin dû aux effets « appauvrissants » de la morbidité. La mortalité infantile (c'est-à-dire d'enfants de moins d'un an) demeure élevée, avec 67 décès sur mille naissances vivantes en 2006, selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé (Barrère et al, 2007).

Au cours des années 2007-2008, près des deux tiers des patients des infrastructures sanitaires sont allés en consultation pour les trois principales pathologies au Bénin, à savoir le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les affections gastro-intestinales, dont la plus importante est le paludisme. L'incidence cumulée du paludisme simple et grave est estimée à 14,3% en 2008 (MS, 2009b). Le taux d'incidence du paludisme est nettement plus élevé chez les enfants de moins de cinq ans. Il est la première cause d'hospitalisation (20,1% au cours de la même année) et de décès (15,7%). La létalité liée au paludisme en 2008 est de 5,0% en moyenne, et la prise en charge de la maladie continue d'engendrer pour les populations déjà vulnérables d'importantes dépenses de santé qui les plongent davantage dans la pauvreté.

Les causes sous-jacentes de la prédominance de ces maladies incluent : (i) le manque de connaissances des facteurs de risque et des modalités de prévention ; (ii) la faiblesse des actions d'amélioration de l'environnement; (iii) la faiblesse des activités de santé préventive et promotionnelle ; (iv) le très faible niveau des interventions d'éducation communautaire ; et (v) l'état de pauvreté des ménages. La malnutrition est un facteur aggravant, qui est à la fois conséquence des maladies et cause d'affaiblissement des capacités de résistance aux maladies. Les résultats des enquêtes conduites pendant la Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (DIEPA) ont indiqué un faible taux d'accès des populations aux systèmes d'assainissement de base. Les données de la DIEPA pour l'année 2006 montrent que seulement 4% de la population se lave réellement les mains au savon, que 39% de la population n'a pas accès à l'eau potable, que 67% ne dispose pas d'ouvrages adéquats d'évacuation des excréta et que l'hygiène hospitalière est très défectueuse.

Ainsi, il se pose d'une part, un problème comportemental que des actions multisectorielles dynamiques de sensibilisation permettront de minimiser à long terme. Dans ce contexte, les actions de communication auprès des populations constituent la trame essentielle de la stratégie de développement du secteur de l'hygiène et de l'assainissement de base. Une importance devrait être accordée à la prévention qui doit être principalement orientée vers les actions visant à réduire les maladies responsables des forts taux de mortalité, surtout chez l'enfant. D'autre part, cette situation attire la nécessité de faire face à l'insuffisance de l'offre en services de base. Une proportion importante des ménages n'a pas accès aux soins de santé essentiels, soit parce que

les services adéquats ne sont pas disponibles, soit parce que ces services ne sont pas accessibles à la bourse des plus pauvres (voir la section 3.2).

Pour les femmes en âge de procréer, la maternité constitue une source de risques d'extrême importance. Le niveau de mortalité maternelle reste élevé, avec un taux de 397 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2006 (EDS III). Les facteurs les plus importants semblent liés au mariage précoce, au taux élevé de fécondité, à l'offre inadéquate de services sanitaires et aux barrières d'accès aux établissements de santé (distance et coût). Aussi, 22 % des accouchements se sont déroulés à la maison contre 78 % dans un établissement de santé, ce qui montre qu'une frange importante de femmes accouche encore dans un contexte risqué.

En matière de VIH-SIDA, le Bénin est classé parmi les pays à faible prévalence. En 2008, la prévalence de l'infection par le VIH a été estimée à 1,8 %, soit une augmentation de 0,6 en points de pourcentage depuis 2006 (voir le Tableau 3.2). Bien qu'il demeure un phénomène surtout urbain, le VIH devient de plus en plus important en milieu rural, en particulier dans le département de l'Ouémé (3,6% en 2008 contre 1,7% en 2006). Cette situation peut s'expliquer par le fait que les populations rurales ont en général moins d'informations sur la maladie et moins d'accès aux services. Il y a 188 femmes infectées pour 100 hommes, ce qui peut s'expliquer non seulement par la plus grande vulnérabilité biologique des femmes mais aussi par une pire connaissance chez les femmes des moyens de transmission et de prévention.

Si le risque de VIH-SIDA semble moins inquiétant pour le Bénin que pour les pays les plus affectés, l'accroissement de l'incidence souligne l'importance du renforcement des stratégies mises en œuvre pour la prévention et le traitement de cette maladie, ainsi que pour réduire son impact socioéconomique sur les ménages affectés et pour appuyer les enfants orphelins du SIDA.

**Tableau 3.2 Distribution de l'incidence du VIH selon les départements**

|                 | Rapport de surveillance, 2006 |            |            | Rapport de surveillance, 2008 |            |            |
|-----------------|-------------------------------|------------|------------|-------------------------------|------------|------------|
|                 | Ensemble                      | Urbain     | Rural      | Ensemble                      | Urbain     | Rural      |
| Borgou          | 1,0                           | 2,2        | 0,6        | 1,5                           | 2,3        | 0,7        |
| Alibori         | 0,6                           | 1,7        | 0,2        | 0,2                           | 0,2        | 0,2        |
| Atacora         | 0,8                           | 2,1        | 0,0        | 1,8                           | 2,5        | 1,3        |
| Donga           | 1,9                           | 2,2        | 1,8        | 0,8                           | 2,4        | 0,0        |
| Atlantique      | 1,5                           | 2,5        | 0,7        | 2,2                           | 4,2        | 0,7        |
| Littoral        | 4,3                           | 4,3        | -          | 3,7                           | 3,7        | -          |
| Zou             | 0,8                           | 1,1        | 0,7        | 0,4                           | 1,4        | 0,0        |
| Collines        | 0,6                           | 1,9        | 0,1        | 1,6                           | 1,1        | 1,7        |
| Mono            | 0,5                           | 2,5        | 0,0        | 0,5                           | 2,0        | 0,0        |
| Couffo          | 2,1                           | 4,0        | 1,6        | 2,3                           | 4,0        | 1,7        |
| Ouémé           | 2,1                           | 2,6        | 1,7        | 3,6                           | 3,5        | 3,6        |
| Plateau         | 2,0                           | 2,8        | 1,5        | 1,3                           | 1,1        | 1,8        |
| <b>National</b> | <b>1,2</b>                    | <b>2,8</b> | <b>1,5</b> | <b>1,8</b>                    | <b>2,6</b> | <b>1,1</b> |

Source: PNLS (2008).

### 3.1.4 Risques socioculturels

Les risques socioculturels sont liés aux injustices qui découlent des inégalités sociales et des pratiques culturelles dont notamment les femmes sont les victimes principales. Ces risques

touchent les femmes dans plusieurs aspects de leur existence : discrimination dans la scolarisation, travail précoce, mariage précoce, choix du conjoint et vie conjugale, entre autres.

Au Bénin, les pratiques de mariage précoce concernent le plus souvent des filles en âge d'étudier à qui l'on impose un partenaire conjugal (Houinsa, 2008). La proportion des femmes entrées en première union conjugale avant l'âge de 15 ans semble être en déclin mais reste élevée (5,3% pour les femmes âgées actuellement de 15 à 19 ans), selon l'EDS de 2006. Pour les femmes âgées de 20 à 49 ans, cette proportion est de 9,7% (INSAE et al, 2007). Le mariage précoce a de profonds effets sur le plan physique, intellectuel, et psychologique, et met fin aux possibilités d'éducation et de croissance individuelles. Pour les filles, de plus, il est presque toujours synonyme de grossesse et d'accouchement précoces et d'une existence d'asservissement domestique et sexuel sur laquelle elles n'ont nul pouvoir. En outre, l'abandon scolaire des filles qui en résulte réduit les connaissances, conduisant par exemple à un risque plus élevé de ne pas participer aux consultations prénatales et de ne pas recevoir d'injections néonatales antitétaniques en tant que mère, accroissant ainsi le risque de mortalité.

Les violences faites à l'encontre des femmes constituent également un des aspects qui caractérisent la vie de la femme béninoise. Les résultats d'une étude sur la violence faite aux femmes au Bénin montrent que 69% des femmes ont subi des violences au moins une fois dans leur vie et que les propos injurieux et la bastonnade ont touché 75% d'entre elles, la séquestration 8,5%. Environ 7% des femmes portent des cicatrices de punition.

Les violences physiques et psychologiques sont dirigées principalement vers les jeunes femmes et les ménagères. Outre les effets négatifs pour les femmes elles-mêmes, elles sont susceptibles de produire des effets profonds chez les enfants. En effet, les enfants qui observent la violence à la maison souffrent de traumatisme émotif, obtiennent de mauvais résultats scolaires et risquent davantage d'avoir recours à la violence pour régler des problèmes (Berman et al, 2004). Les causes de ces violences sont liées notamment au contexte familial, à la dépendance économique de la femme et au mutisme du système juridique.

Selon l'EDS de 2006, 13% des femmes ont déclaré avoir subi la pratique de l'excision. Cette proportion est plus faible que celle qui avait été estimée lors de la précédente EDS en 2001 (17%), mais le rapport de l'enquête (INSEA et al, 2007) avertit que ce résultat peut être la conséquence de la sous-déclaration liée au fait que l'adoption d'une loi réprimant la pratique de l'excision, en 2003, a créé un contexte de moins en moins favorable au maintien de cette pratique. Dans le groupe d'âges 15-19 ans, 8 % des femmes se sont déclarées excisées contre 12 % en 2001 C'est dans les départements du Borgou, de la Donga et de l'Alibori que les proportions de femmes excisées sont, de loin, les plus élevées (59 % pour le Borgou et 48 % pour chacun des deux autres départements).

En ce qui concerne le travail des enfants, l'enquête nationale sur le travail des enfants, effectuée par l'INSAE en 2008 a montré qu'un enfant sur trois (34%) est occupé économiquement. Le travail des enfants est surtout un phénomène rural (42,3% contre 18,4% en milieu urbain). La majorité des enfants travaillent dans le secteur agricole (64,5%) et dans les services (28,7%). Parmi eux, 69,3% effectuent des travaux dangereux. Le travail des enfants est lié quelquefois à la traite des enfants, ce qui conduit dans quelques cas à l'émigration des enfants pour devenir domestiques ou travailleurs à l'étranger.

### **3.2 La nature de la vulnérabilité**

La vulnérabilité en termes économiques se traduit par la faiblesse de revenus et d'actifs pour faire face aux risques. La vulnérabilité démontre aussi une dimension géographique, liée aux conditions climatiques, à la densité populationnelle et à l'accès à la terre, ainsi qu'à l'accessibilité de différentes communautés aux marchés et aux services de base. En outre, il est nécessaire de

prendre en compte la dimension du « cycle de la vie », ainsi que la vulnérabilité liée aux handicaps et aux maladies chroniques, comme le VIH/SIDA, et d'autres sources de vulnérabilité comme l'absence d'un cadre familial sain, notamment dans le cas des enfants orphelins, abandonnés ou « confiés ». La vulnérabilité peut aussi être liée aux inégalités sociales, notamment en ce qui concerne la discrimination basée sur le genre. Souvent, ces multiples formes de vulnérabilité se renforcent mutuellement.

### 3.2.1 La vulnérabilité économique

Les ménages pauvres sont par essence les plus défavorisés et par conséquent présentent les plus grands écarts à la moyenne: bas niveaux de revenus, d'avoirs et d'épargne, bas niveaux d'instruction, de formation ou de qualification et accès limité aux sources de financement. Selon l'Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages (EMICOV) de 2007, 33,3% de la population béninoise sont monétairement pauvres, c'est-à-dire ils dépensent moins que le minimum nécessaire pour acquérir un panier de biens alimentaires et non-alimentaires essentiels à la survie (INSAE, 2009). Ce taux est estimé à 37,4% en 2006 contre 28,5% en 2003, ce qui montre le caractère persistant de la pauvreté au Bénin. Lorsqu'on considère ceux qui ont un niveau de dépenses inférieur à un dollar par jour, la proportion de la population en pauvreté passe à 51,6%. La pauvreté monétaire est caractérisée par de disparités géographiques (Tableau 3.3).

**Tableau 3.3 Indices de pauvreté monétaire**

|   | P0   | P1     | P2     | P0/P1  |
|---|------|--------|--------|--------|
| <b>Sexe du chef de ménage</b>                 |      |        |        |        |
| Masculin                                      | 34,7 | 0,0986 | 0,0415 | 0,2845 |
| Féminin                                       | 26,5 | 0,0771 | 0,0339 | 0,2909 |
| <b>Milieu de résidence</b>                    |      |        |        |        |
| Cotonou                                       | 26,2 | 0,0796 | 0,0377 | 0,3032 |
| Autre urbain                                  | 28,8 | 0,0858 | 0,0391 | 0,2976 |
| Ensemble urbain                               | 28,3 | 0,0846 | 0,0388 | 0,2987 |
| Rural   | 36,1 | 0,1008 | 0,0410 | 0,2794 |
| <b>Niveau d'instruction du chef de ménage</b> |      |        |        |        |
| Aucun niveau                                  | 35,9 | 0,0939 | 0,0358 | 0,2615 |
| Primaire                                      | 30,1 | 0,0931 | 0,0434 | 0,3095 |
| Secondaire                                    | 32,5 | 0,1099 | 0,0538 | 0,3387 |
| Supérieur                                     | 4,6  | 0,0071 | 0,0015 | 0,1561 |
| <b>Classe d'âge du chef de ménage</b>         |      |        |        |        |
| Moins de 25 ans                               | 16,4 | 0,0380 | 0,0134 | 0,2313 |
| 25 - 34 ans                                   | 22,9 | 0,0616 | 0,0253 | 0,2686 |
| 35 - 44 ans                                   | 34,6 | 0,0985 | 0,0419 | 0,2847 |
| 45 - 59 ans                                   | 39,0 | 0,1153 | 0,0493 | 0,2958 |
| 60 ans et plus                                | 36,2 | 0,1026 | 0,0438 | 0,2834 |
| <b>Départements de résidence</b>              |      |        |        |        |
| Alibori                                       | 43,3 | 0,1363 | 0,059  | 0,3148 |
| Atacora                                       | 33,2 | 0,0670 | 0,028  | 0,2018 |
| Atlantique                                    | 36,4 | 0,0567 | 0,050  | 0,1558 |
| Borgou  | 39,2 | 0,0619 | 0,065  | 0,1579 |
| Collines                                      | 31,2 | 0,0636 | 0,030  | 0,2038 |
| Couffo  | 35,4 | 0,0669 | 0,034  | 0,1890 |
| Donga   | 33,6 | 0,0851 | 0,043  | 0,2533 |
| Littoral                                      | 26,2 | 0,0635 | 0,038  | 0,2424 |
| Mono  | 27,6 | 0,0722 | 0,033  | 0,2616 |
| Ouémé   | 25,3 | 0,0489 | 0,036  | 0,1933 |
| Plateau                                       | 35,2 | 0,0807 | 0,032  | 0,2293 |
| Zou   | 32,7 | 0,0558 | 0,028  | 0,1706 |

Note: P0 : incidence de pauvreté ; P1 : profondeur de la pauvreté ; P2 : Sévérité de la pauvreté ; et P0/P1 : Intensité de la pauvreté. Source : INSAE, 2009.

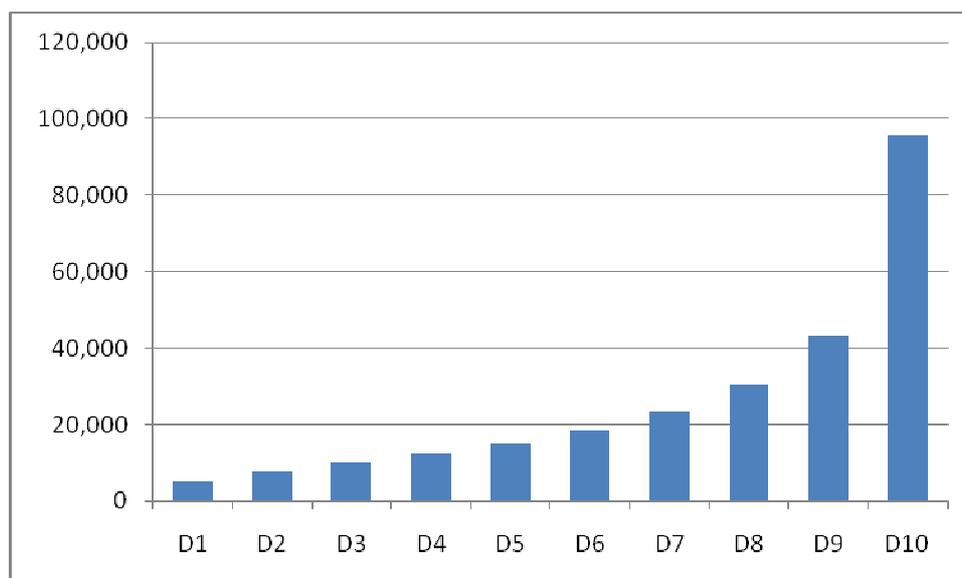
L'incidence de la pauvreté atteint 36,1% en milieu rural, par rapport à 28,3% en milieu urbain et 26,2% à Cotonou. Ce tableau montre aussi les fortes disparités entre départements, avec le taux d'incidence de la pauvreté monétaire allant jusqu'à 43,3% dans l'Alibori dans l'extrême nord.

L'écart entre le revenu moyen des pauvres et le seuil de pauvreté est estimé à 28,5%, ce qui signifie que le revenu des pauvres se situe en moyenne à 71,5% du seuil de pauvreté. Cet écart diffère cependant selon les caractéristiques socio-économiques des ménages pauvres. L'importance de l'écart de la pauvreté montre le degré de vulnérabilité des ménages à faire face aux chocs exogènes. En outre, elle suggère que les ressources financières qu'il faudrait transférer aux pauvres ruraux pour les extraire de leur situation de pauvreté seraient sensiblement plus élevées que pour les ménages urbains, compte tenu aussi du poids des ménages ruraux dans la population au-dessous du seuil de pauvreté.

Les analyses sur les transitions dans les états de bien-être permettent aussi de statuer sur les facteurs et la nature de la vulnérabilité économique au Bénin. Analysant les données de 2006 et 2007, Hodonou et al (2010) ont montré l'existence d'une mobilité de bien-être remarquable : 46,6% des ménages ont connu une promotion sociale contre 37,4% de «démotion» sociale. Seules des analyses approfondies sur une longue période permettront de caractériser au mieux les facteurs de vulnérabilité liés à la pauvreté chronique. Néanmoins, ces résultats suggèrent que, dans la plupart des cas, la vulnérabilité économique est transitoire et émane plutôt des chocs de court terme que d'une situation de pauvreté chronique.

Ils reflètent aussi le fait qu'il n'y a qu'une légère différence dans le niveau de vie des pauvres et des presque pauvres. En fait, comme le montre la Figure 3.1, la courbe de la distribution des dépenses de consommation est relativement plate entre les premier et cinquième déciles. Il y a également peu de différence dans la plupart des indicateurs sociaux (taux de mortalité, malnutrition, etc.) pour cette partie de la population.

**Figure 3.1 Dépenses de consommation par décile par mois (moyenne par personne en francs CFA)**



Source : Base de données de l'EMICOV 2007

Les facteurs de vulnérabilité économiques relèvent aussi des faibles potentialités des communautés à la base (insuffisance d'infrastructures économiques, accès limité aux services financiers, accès insuffisant à la terre et inégalités sociales dans l'accès aux facteurs de

production), ce qui bloque l'amélioration de l'efficacité des systèmes de production et l'accroissement des revenus. En ce qui concerne l'accès aux services financiers, 91,1% de la population ont déclaré par exemple n'avoir pas bénéficié d'un prêt en 2007, selon l'EMICOV (INSAE, 2009). Ainsi, un peu moins de 9% ont accès au crédit quelque soit la source. Cette proportion est estimée à 3,4% lorsqu'il s'agit des microcrédits.

Par rapport à l'accès à la terre, 64,9% des ménages sont propriétaires de parcelles. Cette proportion est estimée à 45% en milieu urbain et 78% en milieu rural. A défaut d'avoir des informations nettes sur les besoins en termes d'exploitations agricoles, la proportion de ménages déclarés propriétaires de parcelles laisse croire notamment pour le milieu rural que la contrainte relative à la terre se pose plutôt en termes de sécurisation. En effet, au Bénin 1,9% seulement des parcelles sont dotées d'un titre foncier. Ainsi, la perte d'une exploitation agricole par un ménage pauvre à l'issue d'un litige ou d'une expropriation est un facteur de risque important dans la mesure où elle entraîne un arrêt de ses activités et par conséquent une perte de ressources.

Le secteur informel mobilise 95% des actifs occupés au Bénin, dont 30% pour les activités non agricoles. Le niveau de ce chiffre indique la précarité dans laquelle exerce la plupart des actifs béninois et la nécessité de mieux appréhender la composition et les concentrations économiques dans ce secteur afin d'orienter et de susciter des actions de promotion de l'emploi et des activités génératrices de revenus en direction des 2,5 millions d'actifs qui en dépendent.

Le degré de vulnérabilité de la population est également lié aux carences de l'administration publique, notamment la corruption, et les problèmes plus larges du développement économique. Ces problèmes incluent des contraintes structurelles (marchés de produits alimentaires mal intégrés, infrastructure rurale inadéquate), la faible diversification de l'économie et sa dépendance du coton, qui a connu dans les années récentes une tendance à la baisse. On note aussi la forte dépendance du pays vis-à-vis du Nigéria, au regard de l'ampleur du commerce de réexportation, qui contribue à la vulnérabilité nationale. Si le commerce de réexportation contribue à plus du tiers des recettes douanières et environ 14% des recettes budgétaires et fournit une marge brute aux sociétés d'import-export de Cotonou estimée à plus de 30 milliards de francs CFA par an, il reste fortement tributaire de la politique intérieure et du développement économique du Nigéria.

### **3.2.2 La vulnérabilité liée au cycle de la vie**

Les enfants et les personnes âgées sont vulnérables en raison respectivement de leur immaturité et de leur invalidité et, comme il a été signalé dans la section précédente, les femmes sont particulièrement vulnérables à l'âge de procréation. Les jeunes (surtout dans la tranche d'âges de 15 à 24 ans) manifestent eux aussi des vulnérabilités spécifiques en termes d'accès au marché du travail et par rapport aux risques de santé, notamment en ce qui concerne le VIH/SIDA.

La structure démographique du Bénin montre une prépondérance des enfants et des jeunes dans la population. Selon le recensement de 2002, les enfants de moins de 5 ans représentent 16,7% de la population du Bénin et les enfants de moins de 15 ans représentent 46,8% de la population, alors que la tranche d'âges allant de 15 à 59 ans représente 47,7% de la population. Les personnes âgées de 60 ans et plus constituent 5,5%. En 2006, la proportion des moins de 5 ans est passée à 18,3%. Ces chiffres révèlent l'importance de la charge qui pèse sur les personnes en âge de travailler. Notons que, par rapport à la pauvreté monétaire, les enfants sont plus fortement représentés que les adultes en âge de travailler dans les premiers déciles (voir le Tableau 3.4).

Tableau 3.4 Structure d'âge de la population par déciles

|                                  | D1   | D2   | D3   | D4   | D5   | D6  | D7   | D8  | D9  | D10 | Total |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|-----|------|-----|-----|-----|-------|
| Enfants < 5 ans                  | 17,6 | 13,6 | 12,4 | 11,4 | 10,0 | 9,4 | 8,2  | 7,2 | 6,3 | 3,9 | 100   |
| Enfants < 15 ans                 | 19,3 | 14,8 | 13,2 | 11,5 | 9,9  | 9,1 | 7,6  | 6,5 | 5,3 | 2,9 | 100   |
| Enfants < 18 ans                 | 19,0 | 14,7 | 13,1 | 11,5 | 9,9  | 9,1 | 7,7  | 6,6 | 5,4 | 3,0 | 100   |
| Adultes 18+                      | 12,8 | 11,6 | 10,9 | 10,4 | 10,3 | 9,9 | 9,4  | 8,9 | 8,5 | 7,3 | 100   |
| Adultes 65+                      | 11,2 | 10,6 | 10,6 | 9,9  | 10,8 | 9,9 | 11,5 | 9,8 | 9,0 | 6,8 | 100   |
| <b>Ensemble de la population</b> | 16,2 | 13,3 | 12,2 | 11,0 | 10,1 | 9,5 | 8,5  | 7,6 | 6,8 | 4,9 | 16,2  |

Source : Base de données de l'EMICOV 2007.

**Vulnérabilité liée à l'enfance.** Les enfants font face à des risques particuliers, surtout pendant la petite enfance. Les risques sanitaires et de malnutrition mettent en danger la survie des enfants, notamment pendant les cinq premières années de vie. Concernant la malnutrition, mesurée par l'indice taille-pour-âge, plus de deux enfants de moins de cinq ans (43% en 2006) sur cinq accusent un retard de croissance, dont 21% modéré et 22% sévère. Cette forte prévalence présente d'importantes disparités selon le niveau socio-économique du ménage dans lequel vit l'enfant, passant d'un maximum de 50 % dans le quintile le plus pauvre à 29% dans le quintile le plus riche. La prévalence du retard de croissance présente aussi des variations selon le milieu et le département de résidence. La proportion la plus importante d'enfants accusant un retard de croissance est observée en milieu rural (47%), dont 25% sous la forme sévère. En milieu urbain, ces proportions sont respectivement de 36% et 17%.

Il n'est donc pas surprenant que la malnutrition soit la cause sous-jacente d'environ 46% des décès d'enfants de moins de 5 ans, selon l'EDS de 2006. De ce fait, la mortalité infantile demeure élevée (67 sur mille naissances vivantes), comme on a vu dans la section 3.1. Les taux de mortalité infantile sont plus élevés en milieu rural (81 sur mille naissances vivantes par rapport à 59 en milieu urbain) et parmi les quintiles les plus pauvres. Le taux de mortalité infantile dans le quintile le plus riche est de moitié inférieur à celui des trois premiers quintiles.

Les privations au cours de l'enfance augmentent la probabilité de la pauvreté à l'âge adulte et la transmission de la pauvreté à la prochaine génération. Les enfants les plus pauvres fréquentent moins l'école, ce qui les rend moins capables de trouver des emplois plus rémunérateurs à l'âge adulte. En outre, ces enfants sont plus vulnérables aux risques d'abus et d'exploitation. En général ils sont utilisés comme main d'œuvre, notamment dans les activités agricoles et (dans le cas des filles) comme employés domestiques, souvent avec des journées de travail longues de plus de dix heures et subissant des sévices corporels. Aussi, la pauvreté monétaire, la déchéance des normes et la démission de certains parents poussent certaines familles à envoyer leurs enfants vers des situations de trafics, ce qui accroît la vulnérabilité des enfants aux abus et à l'exploitation économiques et sexuels et indirectement à d'autres risques comme celui du VIH/SIDA.

**Vulnérabilité liée à la jeunesse.** Les jeunes se trouvent vulnérables par rapport aux opportunités d'emploi dans un marché déjà saturé où le secteur informel joue le rôle de source d'emploi de dernier ressort. La Politique Nationale d'Emploi met en relief la relative prépondérance des jeunes sortants du système éducatif et de formation, primo demandeurs d'emplois, dans la population de personnes touchées par le chômage et le sous-emploi. En fait, 72% des chômeurs ont moins de 35 ans (MMEJF, 2010).

La vulnérabilité particulière des jeunes aux risques du VIH/SIDA est aussi à souligner. Notons que 56% des hommes et 48% des femmes ont des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans (12% et 13% respectivement avant l'âge de 15 ans), selon l'EDS de 2006. La même source indique que 82

% des jeunes hommes et 33 % des femmes (âgées de 15 à 25 ans) avaient eu, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, des rapports sexuels à hauts risques. Seulement 16 % des jeunes femmes et une proportion deux fois plus élevée des jeunes hommes (35 %) ont eu une connaissance considérée comme complète du VIH/SIDA. La proportion de jeunes utilisant des condoms s'est révélé très faible : environ 19% pour les hommes et seulement 10% pour les femmes lors de leurs premiers rapports sexuels, avec des taux nettement inférieurs en milieu rural et dans le nord. Seulement 10 % des jeunes femmes de 15-24 ans et une proportion beaucoup plus faible de jeunes hommes avaient effectué un test du VIH.

**Vulnérabilité liée à la vieillesse.** L'avancée en âge s'accompagne d'une fragilité particulière qui rend les personnes du troisième âge (âgées de 60 ans et plus) particulièrement vulnérables. La plupart des personnes âgées vivent une insécurité économique qui complique davantage la prise en charge adéquate des maladies liées à la vieillesse. Même la minorité des travailleurs retraités du secteur formel ne disposent pas d'un système efficace de prise en charge et éprouve de grandes difficultés dans l'accès financier aux services sanitaires et aux médicaments. Cette situation peut en partie s'expliquer par la modicité de leurs pensions pour ceux qui les perçoivent.

### **3.2.3 La vulnérabilité en termes de maladies chroniques et de handicaps**

Les personnes affectées par les maladies chroniques, telles que le SIDA et la tuberculose, et par les handicaps se trouvent souvent dans un état de vulnérabilité et dépendance extrêmes. Les personnes vivant avec des handicaps subissent une marginalisation, même au sein de leurs propres familles. Leur suivi éducatif et sanitaire fait souvent défaut alors qu'elles ont besoin de soins médicaux et d'hygiène. Ce suivi est aussi limité par l'offre insuffisante d'infrastructures adéquates (par exemple les écoles spécialisées) et par le manque de moyens financiers au niveau des ménages. En effet, les soins médicaux dont elles ont besoin sont souvent très onéreux pour les familles pauvres.

### **3.2.4 Impacts de la vulnérabilité sur l'accès aux services sociaux de base**

L'importance des dimensions géographique et économique de la vulnérabilité se reflète dans les fortes disparités d'accès aux services sociaux de base. En ce qui concerne la fréquentation des services sanitaires, 66% des ménages ont accès à une formation sanitaire dans leur localité dans un rayon de 5 km et plus de 50% de la population ont accès à un hôpital de référence en cas de nécessité. Cependant, 13% vivent encore à plus de 30 km d'un hôpital de référence. La majorité des communautés rurales ne disposent pas d'un hôpital à moins de 5 km (34% contre 77% pour le milieu urbain).

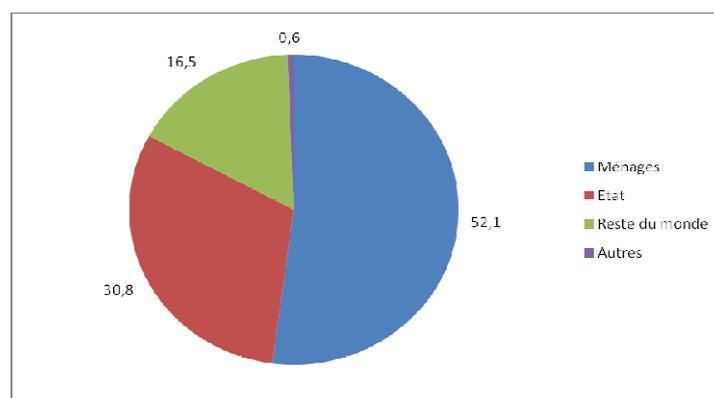
Selon l'Annuaire des Statistiques Sanitaires 2008, le taux de fréquentation des centres de santé pour les soins curatifs (publics et parapublics) est de 45,1% pour l'ensemble de la population et de 73,1% pour les enfants de moins de 5 ans. Ces faibles taux de fréquentation s'expliquent par la distance, les contraintes financières (coûts des consultations et des achats de médicaments) et la mauvaise qualité de l'accueil et des soins, selon les Bénéinois interrogés lors de l'Enquête Démographique et de Santé de 2006. Un quart des personnes interrogées ont cité la cherté des consultations ou des médicaments (voir le tableau Tableau 3.5).

**Tableau 3.5 Principaux problèmes des services sanitaires cités par les Béninois**

| Types de problèmes   | % des problèmes cités |
|--|-----------------------|
| Etablissements de santé inexistants                        | 32,34                 |
| Etablissements de santé trop éloignés/inaccessibles        | 14,13                 |
| Consultations trop chères                                  | 11,30                 |
| Médicaments trop chers                                     | 11,84                 |
| Etablissements de santé pas équipés/mal équipés            | 7,18                  |
| Etablissements de santé sans médicaments essentiels        | 0,69                  |
| Etablissements de santé pas propres                        | 0,23                  |
| Manque de confidentialité dans les établissements de santé | 0,11                  |
| Mauvais accueil  | 4,56                  |
| Manque de personnel de santé                               | 2,19                  |
| Manque de personnel de santé féminin                       | 0,42                  |
| Personnel de santé pas qualifié                            | 1,40                  |
| Autres   | 13,60                 |

Source: EDS III de 2006 (Barrère et al, 2007).

L'importance du facteur coût comme barrière d'accès aux services de santé est liée à la structure des dépenses de santé au Bénin. Selon les Comptes Nationaux de la Santé de 2003 (MSP, 2006), les ménages supportent 52,1% de la dépense alors que l'Etat participe à hauteur de 30,8% et le « reste du monde » (c'est-à-dire les bailleurs de fonds) contribue 16,5% de la dépense (voir la Figure 3.2). Cette vulnérabilité en termes d'accès aux soins de santé réduit la capacité des ménages pauvres à faire face aux risques sanitaires.

**Figure 3.2 Répartition de la dépense de santé par source de financement**

Source : MPS, 2006.

Les facteurs géographique et économique jouent aussi un rôle critique dans l'accès à l'enseignement, ce qui affecte les « capacités » à long terme et donc une autre dimension importante de la vulnérabilité : les niveaux d'instruction et de connaissances. Le faible taux d'achèvement dans le primaire (60,6% en 2007/2008) s'explique en partie par les contraintes financières qui pèsent sur les ménages pauvres en dépit de l'abolition des frais scolaires (République du Bénin et UNICEF, 2009). Quelques frais persistent, notamment ceux pour les uniformes scolaires, les fournitures scolaires et les examens, ainsi que les cotisations informelles ou officielles qui sont toujours imposées par beaucoup d'écoles. Pour les ménages les plus pauvres, les coûts d'opportunité liés à la fréquentation scolaire (par rapport au temps disponible

pour le travail) peuvent être un facteur supplémentaire qui pousse les familles pauvres à retirer leurs enfants de l'école.

### **3.3 Implications pour la protection sociale**

Ce diagnostic de la situation de la vulnérabilité et des risques, qui sont de nature multiforme et complexe, montre clairement l'importance de la mise sur pied d'un système efficace de protection sociale. En fait, les béninois se trouvent confrontés à toute une série de risques économiques, environnementales, sanitaires et socioculturels.

L'importance des risques sanitaires (la première source de risques cités dans l'AGVSAN) est particulièrement mise en évidence, ce qui suggère que le gouvernement devrait donner une certaine priorité à la dimension sanitaire de la protection sociale. Ici les principales sources de préoccupation, mises à part les faiblesses de l'offre et de la qualité des services de santé, concernent les barrières financières qui entravent l'accès des populations aux soins, dans un contexte où les services sont généralement payants, la couverture par l'assurance maladie est très faible (voir la section 6.1 de ce rapport) et les ménages supportent plus de la moitié des dépenses nationales de santé.

Les femmes en âge de procréation et les enfants sont particulièrement vulnérables dans un tel contexte, compte tenu des risques liés à la maternité et des risques de maladie et de malnutrition chez les enfants, surtout ceux de moins de 5 ans, qui conduisent à des taux élevés de mortalité maternelle et infanto-juvénile. L'amélioration de l'accès des femmes et des enfants aux services de santé devrait donc constituer un des objectifs principaux des mesures de protection sociale au Bénin. L'extension de l'assurance maladie, par le biais du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU), ou des mesures de gratuité, déjà annoncées dans le cas des enfants de moins de cinq ans mais pas encore mises en œuvre, constituent des options de réponse possibles et seront discutées dans le chapitre 6.

Les risques de nature économique et environnementale nécessitent aussi des réponses en termes de protection sociale, bien qu'ils soient complémentaires aux politiques de promotion de la croissance économique (amélioration du climat d'affaires, investissements dans les infrastructures physiques, etc.) et aux politiques environnementales, de développement de l'agriculture et de gestion des désastres naturels. Les subventions à la consommation, introduites en 2007-2008 pour faire face à la hausse des cours des denrées alimentaires et des produits pétroliers, seront discutées dans la section 6.5, ainsi que les programmes de promotion de l'emploi et des activités génératrices de revenus (voir la section 6.6). Parmi les nouvelles options à considérer est celui d'un programme de travaux publics à haute intensité de main d'œuvre, qui pourrait servir comme moyen de réduction de la vulnérabilité économique, surtout chez les jeunes.

Les transferts sociaux constituent un autre moyen possible de renforcement de la capacité des ménages pour faire face à ces types de risques sans recourir à des mécanismes néfastes d'adaptation. Les transferts actuellement existants au Bénin, comme les secours aux indigents (voir la section 6.2), visent un objectif beaucoup plus limité de mitigation des conséquences de la vulnérabilité des « indigents », une petite frange d'ultra-pauvres, au lieu du renforcement des capacités productives et en capital humain de la masse des ménages pauvres.

La faible différenciation entre les ménages pauvres et presque-pauvres, en termes de niveau de vie économique et capital humain, pose de défis spécifiques par rapport au ciblage des bénéficiaires de programmes et mesures de protection sociale. De manière générale, les approches plus universelles, qui visent réduire les vulnérabilités de larges couches de la population, semblent plus adaptées aux besoins mis en évidence dans ce chapitre, que des approches étroitement ciblées, bien que évidemment plus coûteuses sur le plan budgétaire.

Finalement, les risques d'ordre socioculturel toujours présents dans la société béninoise et qui affectent surtout les femmes et les filles (mariage précoce, excision, violence, etc.) soulignent l'importance du volet « services » de la protection sociale (voir la section 6.3). Une vision trop « économiste », qui réduit la protection sociale à l'assurance et aux transferts, ne répondrait adéquatement à la vraie nature multidimensionnelle de la vulnérabilité.

## 4 La protection sociale traditionnelle et informelle

L'intérêt de ce chapitre tient essentiellement à la richesse des systèmes traditionnels de protection sociale, qui restent toujours présents dans la société béninoise malgré les impacts sociaux de la modernisation. Il tient également à la nécessité d'en tirer des leçons ou enseignements clés à capitaliser dans les initiatives actuelles, en cours ou en perspective en matière de protection sociale au Bénin. Toutefois, l'indisponibilité de statistiques ou d'informations chiffrées sur ces systèmes limite les possibilités d'une analyse plus approfondie.

### 4.1 Nature, fondements et typologies des systèmes traditionnels

Les modèles traditionnels de protection sociale regroupent une diversité de solutions endogènes offertes par les réseaux sociaux, collectifs ou communautaires au Bénin. Ils sont essentiellement fondés sur le capital social des membres (solidarité) et sur la réciprocité dans la jouissance des prestations, contrairement aux systèmes formels d'assurance sociale, qui reposent fondamentalement sur la solidarité des membres (mutualisation ou partage des risques sociaux).

Le capital social est un concept qui décrit les circonstances dans lesquelles les personnes peuvent utiliser les avantages comparatifs liés à leur appartenance à des groupes ou réseaux pour saisir des opportunités ou accéder à des profits (Sobel, 2002). Le capital social est également défini comme étant « l'ensemble des caractéristiques ou avantages de la vie sociale, y compris les réseaux, les normes et croyances qui facilitent la coopération et la coordination entre les membres à des fins de profits mutuels<sup>1</sup>. La réciprocité tient au fait que le membre contribue à la prestation collective du groupe au profit de l'autre membre qui en a besoin, tout en espérant en retour une prestation de nature ou de portée égale ou similaire du groupe en cas de besoin.

Le Bénin regroupe une diversité d'initiatives de protection sociale traditionnelle, dont notamment :

**Les groupes endogènes d'entraide et de solidarité sociale**, dont la mission est d'apporter l'assistance morale et financière (ou secours mutuel) au membre en cas d'événements malheureux ou heureux : décès, accidents, maladie, naissance, rituels d'initiation, mariage, etc. Ces initiatives sont très répandues dans le pays, avec une plus grande diversité dans le Sud et le Centre du Bénin (exemples : associations « Vovominanvo », « Agbéssignalé », « Gngangblondé » dans le quartier périurbain Pacodji à Cotonou, l'association culturelle « Nonvitcha », les types « Nù djè mê dji gbè »<sup>2</sup> d'Abomey, etc.).

**Les groupements villageois de production ou de transformation**, qui assurent, en dehors des prestations de secours mutuel, la promotion d'activités génératrices de revenus au profit des membres, souvent avec l'appui d'ONG locales et de partenaires techniques et financiers (PTF).

**Les petites corporations professionnelles de métiers du secteur informel**. Structurées à la base au sein de collectifs ou associations de métiers (artisans, petits commerçants, etc.), elles assurent, au-delà des prestations de secours d'assistance et de secours mutuels, la professionnalisation de leurs membres (formations et stages) et la défense de leurs intérêts (négociations collectives, dialogue social, plaidoyers et lobbying, etc.).

---

<sup>1</sup> Nous devons les premières formulations du concept de « capital social » à Robert Putnam dans son célèbre ouvrage intitulé *Bowling Alone* (Putnam, 2000) et à la collection intitulée *Social Capital : A Multifaceted Perspective* rédigée par Partha Dasgupta et Ismaël Serageldin (Banque Mondiale, 2000).

<sup>2</sup> Le vocable « Nù djè mê dji gbè », qui veut dire en langue fon « association ou club pour les événements non prévus qui tombent sur nous » est évocateur de la diversité de l'offre de prestations de prévoyance dans les modèles endogènes (événements malheureux comme heureux).

**Les tontines traditionnelles.** Instruments par excellence de réciprocité, elles offrent une diversité de typologies et de prestations de couverture de risques économiques et sociaux au profit de chaque membre, sur une base rotatoire et paritaire : épargne et crédits, patrimoine ou biens (assiettes, pagne, boissons alcoolisées pour dot, etc.), services en zones rurales (labour de champs, construction de case, etc.). Parmi les tontines traditionnelles, les tontines financières constituent une catégorie très importante ayant assuré un rôle dynamique de relai du financement des besoins économiques et sociaux des ménages dans les années 80, à la suite de la faillite du système financier bancaire privé et public.

Les tontines financières ont connu des évolutions remarquables, intégrant des tontines ambulantes<sup>3</sup> (inspirées des modèles ghanéens de type « yes-yes ») et des tontines commerciales dont la première expérience fut celle de Convergence 2000. En 1992, on dénombrait déjà 11 000 tontiniers (PNUD, 2003)<sup>4</sup>. En 1996, l'Union des Tontiniers du quartier périurbain Akakpa (Cotonou) aurait mobilisé une masse monétaire mensuelle de 813 millions de francs CFA et desservait un volume moyen mensuel de 1 500 clients (Tomety, 1999)<sup>5</sup>.

**Les transferts privés.** Les transferts privés de ressources d'entraide au sein des familles élargies (y compris les transferts envoyés par les émigrés ou « remittances ») sont également d'importantes pratiques endogènes à capitaliser.

En zones rurales, les transferts s'opèrent le plus souvent grâce aux revenus de migrations saisonnières ou définitives de jeunes actifs en quête de mieux-être ou à partir de ressources périodiquement envoyées par des personnes membres de la famille vivant en ville. Les ressources transférées peuvent être en espèces ou en nature (produits vivriers exotiques tels le riz et les pâtes alimentaires, les huiles alimentaires, des tissus ou vêtements, etc.). Ces pratiques, très ancrées au sein des familles béninoises (voire d'Afrique de l'Ouest), reposent essentiellement sur quatre piliers fondamentaux : (i) le sentiment d'appartenance à un cercle familial ou à une collectivité ; (ii) le sentiment de redevance et le devoir moral de reconnaissance (vis-à-vis des parents) ; (iii) la prise en charge des jeunes frères et cousins proches par transferts périodiques (investissement en capital humain aujourd'hui pour éviter une prise en charge permanente ou la méchanceté demain) ; et (iv) la solidarité entre frères ou personnes de même génération mais jouissant de conditions différentes (aisées et moins aisées).

En zones urbaines, on note également des pratiques de transferts de ressources financières (voire matérielles), notamment de l'étranger vers le pays, pour la réalisation de projets sociaux (achats de parcelles, construction de logements, financement d'études de membres de la famille, etc.). La diaspora constitue, à cet effet, une source importante de financement d'initiatives de transferts sociaux à valoriser.

Quoique ces pratiques ne soient pas suffisamment documentées par des sources de données statistiques, il paraît très important de mieux les appréhender à travers leurs typologies, leurs logiques, leurs potentialités et leurs limites dans les perspectives de promotion d'un programme de transferts sociaux au Bénin.

**D'autres mécanismes** incluent (i) les systèmes collectifs ou communautaires qui assurent la prévoyance et la gestion de risques sociaux au profit de la collectivité ou de la communauté au sein de communautés rurales (cérémonies annuelles pour de bonnes récoltes, cérémonies annuelles de purification, etc.), et (ii) les confréries religieuses et cercles de couvents, fondés sur liens d'appartenance religieuse, etc.

<sup>3</sup> Dans la tontine ambulante, le tontinier se déplace vers le client pour collecter l'épargne sur place sur la base de cartes individuelles d'épargne du membre et, le cas échéant, allouer le crédit de trésorerie antérieurement sollicité par le client.

<sup>4</sup> Dans cette étude, le mot « tontinier » couvre le gérant de la tontine commerciale et le banquier ambulant

<sup>5</sup> Le rapport estime que ces données seraient sous estimées étant entendu que les actifs béninois, comme tout actif économique en Afrique de l'Ouest et du Centre, ne déclarent par exactement le montant de leur épargne de peur d'être « mis en vue ».

## **4.2 Forces, limites et perspectives des systèmes traditionnels**

Les systèmes traditionnels de couverture sociale sont tout aussi anciens que l'Afrique précoloniale. Ils ont l'avantage d'être des initiatives avant tout endogènes, c'est-à-dire initiées par les réseaux sociaux bénéficiaires et proposant des paquets de prestations ancrées dans les logiques et réalités sociales de leurs communautés respectives. C'est ce qui explique leurs portées sociales et leur capacité à résister généralement dans le temps et dans l'espace en tant que modèles (durabilité sociale). Leur mode d'organisation, de fonctionnement et de gestion est généralement moins contraignant<sup>6</sup>, fondé sur des contrats implicites et des compromis et règles flexibles. Ces règles et modes de gestion, quoique implicites, sont souvent admises et respectées de tous en raison de leur ancrage socioculturel et les utilités que leur procurent les prestations offertes.

Les systèmes traditionnels offrent en effet un paquet diversifié de prestations sociales voire sociétales<sup>7</sup> aux membres affiliés en termes d'assistance financière, matérielle et morale en cas d'événements malheureux ou heureux : décès, maladies, cérémonies rituelles (naissance, initiation, etc.), cérémonies funéraires, dot, mariage, cérémonies de fin d'apprentissage ou de remise de diplôme communément appelées « libération » au sein des corps de métiers d'artisans, etc. Ces systèmes sont également fondés sur un régime contributif exigible et reposent de ce fait sur des bases d'autonomie financière minimales. Ils contribuent en outre à la satisfaction de besoins essentiels « de luxe » tels le besoin d'appartenance ou d'estime de soi, et à l'atténuation des chocs économiques et sociaux au sein des couches vulnérables ou fragiles. En tant que tels, les systèmes ou modèles traditionnels constituent des instruments pertinents d'inclusion et de filets de sécurité économique et sociale pour un grand nombre de ménages pauvres ou vulnérables.

La limite majeure des modèles traditionnels est l'absence de systèmes de gestion financière et de cadres de reconnaissance légale ou juridique adaptés pour la plupart des initiatives<sup>8</sup>. Cette limite est dangereuse, notamment pour certaines initiatives telles les tontines, qui assurent des services de collecte de patrimoines financiers ou matériels auprès des membres affiliés.

Une autre limite importante est le risque d'appauvrissement économique des membres, lié au principe de la réciprocité des prestations ou services : dans les cas de risques plus fréquents tels les décès, les maladies et les cérémonies de naissance, chaque membre est appelé à apporter son assistance pour autant de cas survenus (« sinistres »). Plusieurs groupes d'entraide et de prévoyance mutuelle se sont ainsi fragilisés dans leur mission « normative » d'assistance financière et morale à leurs membres (cas, par exemple, de « Agbé si Gnan lé » et de « Yan gblòn dè » en 1996 et 1997 au sein des communautés essentiellement « Plah » du quartier Placoji, à Cotonou).

Les systèmes informels ou traditionnels constituent des instruments pertinents d'inclusion sociale et de filets de sécurité pour un grand nombre de ménages pauvres ou vulnérables. Ils contribuent à la réduction de la pauvreté patrimoniale voire de la pauvreté d'existence à travers une meilleure accessibilité des dites couches au capital social, à la sécurité alimentaire et à des services sociaux de base tels que la santé et l'éducation. Deux questionnements majeurs sous-tendent les principaux défis actuels de ces systèmes : (i) comment assurer l'articulation et l'intégration de ces systèmes dans le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) en cours de préparation (voir Section 6.1.4) tout en garantissant leurs fonctions normatives respectives et leurs particularités, et (ii) comment assurer la mise en place d'un cadre juridique et légal minimum pour leur fonctionnement sans rompre leur dynamisme et leurs potentiels de développement?

---

<sup>6</sup> Certaines organisations disposent de textes fondamentaux (Statuts et Règlements intérieurs), mais leur mise en application effective est limitée

<sup>7</sup> Il s'agit de prestations ou besoins non dépendants de la seule volonté de l'individu, mais plutôt dictés ou imposés par l'ordre collectif ou communautaire et auxquels il est astreint pour assurer sa place au sein de la société locale (mariage, dot, rites d'initiations, funérailles, etc.)

<sup>8</sup> En dehors de la loi 1901 qui régit certaines associations, ou du cadre de reconnaissance du statut spécifique de métier d'artisan défini par le ministère de tutelle, ces systèmes ne sont pas régis par un cadre juridique ou légal approprié.

## 5 Le cadre législatif et les politiques de protection sociale

Nous passons brièvement en revue dans ce chapitre le cadre législatif et le cadre de politiques, stratégies et plans qui régissent et orientent le développement de la protection sociale au Bénin.

### 5.1 Le cadre législatif

La Constitution de la République du Bénin, du 11 décembre 1990, a légitimé implicitement le droit à la protection sociale en reconnaissant que « tout être humain a droit au développement et au plein épanouissement de sa personne dans ses dimensions matérielle, temporelle, intellectuelle, spirituelle » (article 9) et en faisant obligation à l'Etat d'assurer à ses citoyens « un accès égal à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi » (article 8). En outre, les droits et les devoirs proclamés et garantis par la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, adoptée en 1981 par l'Organisation de l'Unité Africaine et ratifiée par le Bénin en 1986, font partie intégrante de la Constitution et du droit béninois (article 7). Celle-ci précise que l'Etat doit protéger les droits de la femme et de l'enfant tel que stipulés dans les conventions internationales, ainsi que les personnes du troisième âge et les personnes en situation de handicap, en rapport avec leurs besoins physiques et moraux (article 18).

Ces dispositions sont appuyées par un arsenal juridique en la matière, renforcé par le Code des Personnes et de la Famille (la loi 2002-7) et des conventions et traités signés par le Bénin à l'échelle régionale et internationale. Le Bénin a adhéré à la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et aux instruments internationaux relatifs à la protection des populations, notamment la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), la Convention pour l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes et le Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels. Tous ces instruments du droit international reconnaissent, entre autres, le droit à la sécurité sociale. Sont également pertinents quelques accords bilatéraux signés par le Bénin, notamment l'Accord de coopération avec la République Fédérale du Nigéria sur la prévention, la répression et la suppression de la traite des personnes en particulier des femmes et des enfants, du 9 juin 2005.

Malgré ces divers instruments signés et ratifiés par l'Etat, ainsi que la création en 1998 d'un ministère chargé de la Protection Sociale, la mise en œuvre des dispositions de la protection sociale prévues dans ces textes reste encore entravée par le fait que la législation nationale n'a pas encore établi de mesures spécifiques pour ériger un système efficace de protection sociale. La législation actuelle se limite essentiellement aux lois régissant les systèmes de sécurité sociale : la loi 98-019 portant sur la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et les lois 86-014 et 2005-24 portant sur le Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB). Ces lois, qui régissent l'assurance sociale des employés du secteur privé formel et de la fonction publique, laissent à l'écart la grande majorité de la population la plus pauvre et vulnérable qui exerce ses activités dans le secteur informel de l'économie (voir la section 6.1).

### 5.2 Les politiques, stratégies et plans

Depuis les années 90, la volonté de l'Etat béninois à promouvoir une politique de protection sociale est fondamentalement affirmée à travers la vision à long terme *Bénin 2025 Alafia*, les Orientations Stratégiques du Développement (OSD), la Déclaration de Politique de Population (DEPOLIPO) et les Stratégies de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRIP), qui constituent le cadre d'opérationnalisation des OSD. Le Gouvernement a aussi adopté le PSNPS 2004-2013, qui s'occupe principalement du volet « action sociale » de la protection sociale, et quelques stratégies sectorielles font référence à des mesures qui ont un caractère de protection sociale dans les secteurs sociaux, tels que l'éducation et la santé.

La vision à long terme **Bénin 2025 Alafia** proclame que « le Bénin est, en 2025, un pays-phare, un pays bien gouverné, uni et de paix, à économie prospère et compétitive, de rayonnement culturel et de bien-être social » (République du Bénin, 2000). Cette vision découle des études nationales de perspectives à long terme réalisées par le Bénin en 2000 avec l'appui financier du PNUD. Elle tire son essence du constat de quatre décennies caractérisées par l'absence d'amélioration sensible du revenu national et la détérioration des conditions de vie des populations malgré l'important volume d'investissements et de programmes de coopération mis en œuvre et l'analyse des aspirations d'ordre économique, social, politique, environnemental, culturel et technologique collectées auprès des populations.

De ces analyses, il ressort que le Bénin a souffert d'un malaise profond et multiforme qui se traduit par une détérioration de la qualité de la vie, alors que les Béninois aspirent fondamentalement au bien-être social, individuel et collectif. De ce fait, un accent particulier a été mis sur le « bien-être social » à travers les éléments ci-après : (i) un système éducatif efficace et performant ; (ii) des soins de santé de qualité ; (iii) la sécurité des personnes et des biens ; (iv) la sécurité sociale généralisée ; (v) une vie religieuse libre, apaisée et tolérante ; (vi) une vie familiale et communautaire harmonieuse ; (vii) l'eau potable, l'électricité et un habitat sain pour tous ; et (viii) l'équité dans la répartition des revenus. Bien que cette vision traduise la volonté manifeste de promouvoir le développement social de manière générale, le document *Bénin 2025 Alafia* ne présente aucun élément concret concernant l'établissement d'un système efficace de protection sociale.

Les **OSD 2006-2011** matérialisent la volonté du gouvernement de faire du Bénin un « pays émergent » (République du Bénin, 2006a). Cette vision a pour objectif global de créer et de dynamiser des pôles de croissance et de développement et de réduire de façon significative la pauvreté. Ainsi, les OSD présentent un cadre stratégique de référence qui permet de faire des choix fondamentaux, de nature structurelle et inscrits dans des perspectives de moyen et long termes, en vue d'offrir à tous les acteurs de développement les repères nécessaires pour l'action.

Les OSD sont déclinées en six orientations stratégiques : (i) reconstruire une Administration au service du développement, (ii) assainir le cadre macroéconomique et maintenir sa stabilité ; (iii) promouvoir le renouveau économique (pôles et grappes) ; (iv) développer les infrastructures économiques et sociales ; (v) renforcer le capital humain ; et (vi) assurer le développement équilibré et durable de l'espace. Ces orientations sont opérationnalisées à travers la SCRIP et son Programme d'Actions Prioritaires. La protection sociale figure comme une des composantes de la cinquième orientation des OSD, qui visent à faciliter la satisfaction des besoins essentiels de la population et la réduction durable de la pauvreté dans les domaines ci-après : santé, éducation, formation professionnelle, protection sociale et solidarité, culture et ingénierie, jeunesse et emploi. De même, à l'instar de la vision *Bénin 2025 Alafia*, les OSD ne présentent aucune proposition concrète pour la mise sur pied d'un véritable système de protection sociale. Les « orientations » demeurent au niveau d'aspirations générales au lieu d'établir des objectifs et stratégies spécifiques.

La Déclaration de Politique de Population (DEPOLIPO) a été adoptée par le Bénin en 1996 et révisée en 2006. Le but de cette déclaration est d'assurer l'amélioration du niveau et de la qualité de vie des populations et à long terme d'assurer une adéquation entre la croissance économique et la croissance démographique. Elle couvre une période de 20 ans (de 1996 à 2016) et comporte 16 objectifs globaux dont quatre sont directement pertinents à la protection sociale : (i) garantir à chacun en tout temps et en tout lieu une alimentation suffisante, saine et capable d'assurer un bien-être nutritionnel ; (ii) promouvoir l'habitat sain, la protection et le respect de l'environnement ; (iii) assurer une sécurité sociale aux personnes âgées ; et (iv) intégrer les personnes handicapées dans le processus de développement. Cependant, la Déclaration de Politique de Population ne favorise pas une lisibilité et une traçabilité des préoccupations spécifiques de la protection sociale

à travers des propositions concrètes. De ce fait, elle reste plus un cadre d'orientation qu'un cadre opérationnel.

La **SCRP**, portant sur la période de 2007 à 2009, a constitué le cadre intégrateur des politiques sectorielles pour l'opérationnalisation des OSD et le cadre de référence du Gouvernement en matière de dialogue avec les partenaires techniques et financiers (PTF). En outre, elle visait à contribuer à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et à servir de mécanisme de mobilisation et de coordination des ressources, conformément à la Déclaration de Paris, de 2005, sur l'efficacité de l'aide. Une nouvelle SCRП est en voie de rédaction pour orienter l'action gouvernementale pendant la période de 2010 à 2014.

La SCRП 2007-2009 a été bâtie autour de cinq principaux axes découlant des OSD et déclinés en domaines d'intervention prioritaires qui ont précisé les actions et les mesures à mettre en cours : (i) l'accélération de la croissance ; (2) le développement des infrastructures ; (iii) le renforcement du capital humain ; (iv) la promotion de la bonne gouvernance ; et (v) le développement équilibré et durable de l'espace national (République du Bénin, 2007). Contrairement à la précédente Stratégie de Réduction de la Pauvreté de 2003 à 2005, le renforcement de la protection sociale a été affirmé au niveau de l'axe 3 relatif au renforcement du capital humain. Les orientations dans ce sens ont porté sur : la promotion de la famille, la promotion de la femme, la réduction des inégalités entre les sexes et l'autonomisation des femmes, la protection et le développement de l'enfance, la « dynamisation » de la protection sociale et la promotion des mutuelles de santé.

En ce qui concerne la dynamisation de la protection sociale, il s'agit « d'assurer la prise en charge et l'intégration socioprofessionnelle des personnes et groupes sociaux vulnérables » à travers l'intégration des personnes handicapées, le soutien aux personnes du 3<sup>ème</sup> âge pour un vieillissement actif, la prise en charge psychosociale des indigents et des victimes du HIV/SIDA et d'autres maladies invalidantes, l'appui à la mise en place des mécanismes de protection et de sécurité sociale au profit des travailleurs du secteur informel, la meilleure gestion de la vulnérabilité aux chocs et le renforcement des capacités des structures œuvrant au profit du développement de la solidarité. Bien que plus détaillées que les propos concernant la protection sociale dans les OSD, ces « actions » constituent en réalité un répertoire des petits programmes déjà existants plutôt que de nouvelles mesures. La promotion des mutuelles de santé est la seule mesure présentée en vue d'assurer l'accessibilité financière aux services de santé, bien que les mutuelles n'aient réussi à atteindre jusqu'à présent qu'une frange très limitée de la population (voir la section 6.1.3).

La troisième génération de la SCRП, actuellement en cours de rédaction, élargira le champ d'action concernant la protection sociale. Dans l'axe du renforcement du capital humain, il est proposé de renforcer le dispositif de protection sociale au Bénin, notamment pour répondre aux besoins des personnes handicapées et des personnes âgées, tout en développant des mécanismes pour suivre l'impact des chocs sur les populations pauvres et vulnérables. Dans cette nouvelle stratégie un accent particulier sera mis sur le renforcement de la connaissance des mécanismes de protection sociale et sur l'élaboration d'une politique holistique de la protection sociale qui prend en compte à la fois les mécanismes de l'assistance sociale et de l'assurance sociale et qui prévoit le renforcement des capacités dans la gestion et le pilotage des projets et programmes. L'objectif à terme est d'intégrer progressivement l'ensemble des catégories sociales jusqu'ici en marge du système de protection sociale.

Le **PSNPS 2004-2013** s'inspire des principes et valeurs qui sous-tendent la notion de développement humain durable, notamment ceux de l'entraide et de la solidarité. Elle décline une vision en matière de protection sociale qui prévoit qu'en 2025 tous les individus, familles et communautés seraient prémunis contre les risques et seraient en état de bien-être social, épanouis et intégrés à la vie économique, sociale et culturelle. Par rapport à cette vision, le Bénin se donne pour mission d'œuvrer à l'amélioration des conditions socio-économiques des individus,

familles, groupes sociaux et communautés les plus vulnérables et défavorisés. Elle est organisée autour de neuf axes d'intervention comportant chacun un certain nombre de sous-programmes considérés comme prioritaires (voir le tableau 5.1).

**Tableau 5.1 Axes d'intervention de la PSNPS 2004-2013**

| <b>Axes d'intervention</b>  | <b>Objectif global</b>   |
|---|--|
| Développement institutionnel des structures de protection sociale   | Œuvrer à l'amélioration de la qualité des interventions de protection sociale des groupes les plus vulnérables                         |
| Mobilisation des communautés pour le développement de la solidarité   | Mobiliser les populations en vue de la solidarité au sein des familles et les communautés en faveur des personnes les plus vulnérables |
| Droit de la famille à la protection   | Contribuer à la promotion et à la protection des différentes composantes de la famille   |
| Promotion du statut socio-juridique de la femme et du genre   | Faire participer les femmes au processus de développement à travers leur autonomisation et la reconnaissance de l'équité du genre      |
| Protection de l'enfance et de l'adolescence   | Garantir à l'enfant et à l'adolescent le respect de leurs droits et l'accès équitable aux services sociaux essentiels et de qualité    |
| Intégration socioprofessionnelle de personnes handicapées   | Œuvrer pour la pleine participation, l'égalité en droit et le renforcement de l'autonomie des personnes en situation de handicap       |
| Soutien aux personnes du 3ème âge pour un vieillissement actif  | Créer les meilleures conditions pour un vieillissement actif   |
| Prise en charge psychosociale des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA et d'autres maladies incurables ou invalidantes | Combattre le VIH/SIDA et d'autres maladies incurables ou invalidantes (le paludisme, la tuberculose, etc.)                             |
| Promotion du régime de sécurité sociale   | Créer les conditions favorables au renforcement du régime général de sécurité sociale  |

Source : Politique et Stratégies nationales de Protection Sociale (PSNPS) 2004-2013 (MFPSS, sans date).

L'inexistence d'un plan d'action et de moyens financiers conséquents a rendu problématique la mise en œuvre du PSNPS. En outre, malgré la nature plurisectorielle de la protection sociale et la diversité des mécanismes de protection sociale, ce document stratégique se limite essentiellement aux programmes non-contributifs d'action sociale (les secours et les services d'appui aux individus, ménages et communautés vulnérables) menés par l'actuel MFSN. D'autres programmes, mécanismes et mesures, tels que ceux afférents au renforcement de l'assurance sociale (par exemple son extension au-delà du secteur formel ou la mise sur pied d'un système national d'assurance maladie), à la gratuité des services sociaux de base et à la promotion de l'emploi et des activités génératrices de revenus, ne sont pas réellement pris en compte dans le cadre de cette stratégie.

En dehors des documents cadres ci-dessus cités, plusieurs autres documents de politiques sectorielles ou thématiques sont pertinents au développement de la protection sociale. Il s'agit, entre autres, de la Politique Nationale de Promotion de la Femme et son plan opérationnel 2002-2006, le Plan National pour le Vieillissement Actif 2007-2016, la Politique Nationale de l'Emploi et son plan d'actions 2010-2014, le Plan National de Développement Sanitaire (2009-2018), le Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé 2009-2013 et la Politique et Stratégies de Protection de l'Enfance au Bénin et son Plan d'actions stratégiques quinquennal 2008-2012. Quelques éléments de ces documents qui se réfèrent spécifiquement aux programmes de protection sociale seront discutés dans le chapitre suivant.

## 6 Programmes de protection sociale

Ce chapitre passe en revue les programmes et mesures actuels de protection sociale au Bénin et les évalue par rapport au profil des risques et de la vulnérabilité dressé dans la section 3. La section 6.1, sur l'assurance sociale, commence par les régimes de sécurité sociale destinés aux employés du secteur formel avant de discuter des initiatives en cours pour essayer d'étendre l'assurance sociale à des couches plus larges de la population. La section 6.2 examine les programmes d'assistance sociale, notamment les secours fournis aux indigents par le MFSN. Les services sociaux de prévention et de réponse aux risques courus par des groupes vulnérables spécifiques tels que les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées sont discutés dans la section 6.3. Ce chapitre discute aussi trois autres types de programmes et de mesures avec des caractéristiques de protection sociale : les politiques de gratuité introduites pour faciliter l'accès des pauvres aux services sociaux de base (section 6.4); les subventions au consommateur, telles que celles introduites au Bénin pour faire face à la hausse des prix des denrées alimentaires et énergétiques en 2008 (section 6.5); et les programmes de promotion de l'emploi et de génération de revenus, tels que les programmes de microfinance (section 6.6).

### 6.1 Assurance sociale

Au Bénin, l'assurance sociale est d'envergure très limitée, soit par rapport au pourcentage de la population protégée, soit par rapport aux types de risques couverts. Moins de 10% de la population bénéficie des deux systèmes d'assurance sociale, qui sont gérés par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et par le Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB). Ces systèmes sont destinés respectivement aux personnes employées dans le secteur privé de l'économie formelle et dans la fonction publique, et aux personnes directement à leur charge. En est exclue l'écrasante majorité de la population la plus pauvre et vulnérable qui gagne sa vie dans les exploitations agricoles familiales, dans le petit commerce et dans d'autres branches du secteur informel. En outre, les risques couverts excluent l'assurance chômage et, dans le cas de la CNSS, l'assurance maladie.

Le fait que les services de santé sont payants crée d'importantes barrières financières d'accès dans l'absence d'un système large d'assurance maladie qui permet le partage des risques et l'aplanissement des coûts onéreux et imprévisibles des soins. La faible utilisation des services de santé (voir le chapitre 3) qui en découle contribue aux taux élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle, ce qui a encouragé la recherche de nouvelles approches qui visent l'extension de l'assurance maladie à la masse de la population. Le gouvernement, avec l'appui du Bureau International de Travail (BIT), a ainsi mis sur pied des mutuelles de sécurité sociale destinées aux travailleurs du secteur informel, et plusieurs partenaires techniques et financiers ont appuyé la création de mutuelles de santé. Cependant, malgré la prolifération des mutuelles ces dernières années, leur impact a été décevant en ce qui concerne l'élargissement de la couverture de la population. Dans une nouvelle tentative de relever le défi de l'accès financier aux soins de santé, le gouvernement a récemment lancé des études techniques en vue de l'établissement d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). Chacun des régimes existants et des initiatives actuellement en cours sera discuté dans les sous-sections qui suivent.

#### 6.1.1 Les régimes de sécurité sociale dans le secteur formel

Parlant du régime général de sécurité sociale géré par la CNSS, son Directeur technique a remarqué en 2007 que la source première de ses faiblesses réside dans le fait « qu'il constitue une importation des systèmes existant dans les pays européens colonisateurs, sans aucune adaptation notable au contexte et aux réalités africaines » (Kemoko, 2007). Ses propos pourraient s'appliquer également au FNRB, qui est destiné aux fonctionnaires publics.

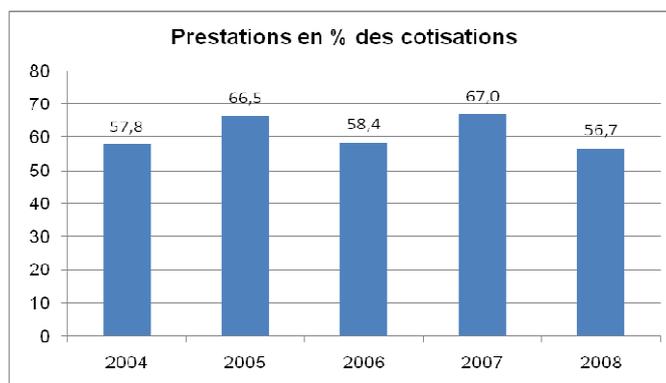
L'Observatoire du Changement Social (OCS) a observé que le pouvoir colonial a institué des systèmes de sécurité sociale d'abord pour protéger les expatriés originaires de la France ainsi que pour faire face aux demandes de travailleurs « déracinés de leur milieu social et éloignés des systèmes de soutien traditionnels » (MPDEPPCAG et OCS, 2009, p.62). Selon l'OCS, le code du travail des territoires français d'outremer promulgué en 1952 renfermait déjà un corps d'éléments essentiels de sécurité sociale qui ont été progressivement adaptés à l'évolution économique et sociale du Bénin. En 1955, fut créée la Caisse de Compensation des Prestations Familiales du Dahomey, destinée aux employés du secteur privé. L'Institution de Prévoyance Retraite de l'Afrique Occidentale, dont le siège était à Dakar, fournissait une couverture en matière de vieillesse et de décès jusqu'en 1970, l'année à laquelle le Bénin s'est retiré de cette institution. La Caisse de Compensation deviendra la Caisse Dahoméenne de Sécurité Sociale (CDSS) et plus tard la CNSS. Pour les agents de l'Etat, fut créé le FNRB en 1966, comme caisse de retraite et institution de protection sociale.

Le **régime général de sécurité sociale**, géré par la CNSS, est régi par la loi 98-019 du 21 mars 2003. La CNSS est un établissement public à caractère social jouissant de la personnalité civile, qui protège les travailleurs salariés des secteurs privé et parapublic et les personnes à leur charge contre six types de risques dans trois branches : les prestations familiales et de maternité (à travers la branche des prestations familiales) ; les prestations de vieillesse, d'invalidité et de décès (à travers la branche des pensions) ; et les accidents du travail et maladies professionnelles (à travers la branche des risques professionnels). Deux de ces branches (les risques professionnels et les prestations familiales) sont entièrement financées par les employeurs, tandis que la branche des pensions est conjointement financée par l'employeur et le travailleur. Il est à noter que le régime général de sécurité sociale ne prend pas en charge deux des risques les plus importants inclus dans la convention 102 du BIT, à savoir les soins médicaux (sauf ceux liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles) et le chômage.

A la fin décembre 2008, la CNSS comptait 185 265 salariés affiliés, correspondant à environ 7% de la population active. En 2006, la CNSS avait 61.262 bénéficiaires, dont 42.786 bénéficiaires des prestations familiales (principalement des allocations familiales pour enfants) et 17.695 pensionnés (CNSS, 2010). Comme le Directeur technique de la CNSS (Kemoko, 2007) a remarqué, l'extension du régime général de sécurité sociale à une frange plus large de la population pose d'énormes problèmes du fait que le marché du travail est dominé par le secteur informel. C'est un secteur dans lequel les salaires sont généralement faibles et instables et qui ne permet pas facilement la transposition d'un système de sécurité sociale institutionnel.

Par ailleurs, la CNSS doit faire face à d'autres défis : l'insolvabilité de certains employeurs et la résistance de certains employeurs à consentir une assurance à leurs employés ; le faible niveau des prestations, qui ne fournissent pas aux membres de ressources suffisantes pour répondre à leurs besoins ; des difficultés rencontrées dans l'investissement des réserves ; et la dégradation du rapport démographique entre les cotisants et les bénéficiaires dans la branche des pensions. En effet, le nombre de bénéficiaires ne cesse de s'accroître alors que l'effectif des cotisants a diminué pendant la longue période de crise économique avant de reprendre dans les années plus récentes. Selon les données de la CNSS (Kemoko, 2007 ; CNSS, 2010), le ratio des cotisants/bénéficiaires a diminué de 30 dans les années 70 à 7 en 2006, mais est remonté à 10 en 2008, et le taux de redistribution (prestations en pourcentage des cotisations) de la branche des pensions est d'environ 57% (voir la Figure 6.1 et le tableau C.1 en annexe C). Des réformes sont actuellement en cours afin de rendre la CNSS plus viable. Ces réformes incluent l'établissement d'un volet d'assurance maladie, réforme qui pourrait s'intégrer maintenant dans les préparatifs plus larges de création d'un système national d'assurance maladie universelle à travers le RAMU.

Figure 6.1 Taux de redistribution de la branche des pensions de la CNSS



Source : CNSS (2010).

Le deuxième système d'assurance sociale actuellement en vigueur au Bénin est le **régime spécial destiné aux fonctionnaires civils et militaires**. Ce régime est géré par le FNRB, qui a été créé en 1966 et est régi par la loi 86-014 du 26 septembre 1986, complété et modifié par la loi 2005-24 du 8 septembre 2005. Le FNRB sert à la fois de fonds de retraite et de mécanisme de protection sociale plus large. Les prestations incluent la pension de retraite, la pension d'invalidité, la pension des ayant cause (veuf, veuve et orphelin mineur), l'évacuation sanitaire, les soins et l'hospitalisation sur le territoire national et, dans le case des agents toujours en service, des allocations familiales et de maternité. La grande différence par rapport à la CNSS est l'inclusion des soins médicaux, à hauteur de 80% des frais des consultations, hospitalisations et soins médicaux dans les formations sanitaires publiques (le régime dit de « quatre cinquièmes »)<sup>9</sup>, bien que les frais pharmaceutiques soient exclus, et la prise en charge de l'évacuation sanitaire à l'extérieur, qui est supportée intégralement par le FNRB. Les formations sanitaires sont remboursées par le Trésor Public sur présentation des pièces justificatives. En 2008, un montant total de 3,1 milliards de francs CFA a été dépensé pour la prise en charge sanitaire des agents de l'Etat dont 1,24 milliards au titre du régime des « quatre cinquièmes » et 1,86 milliards pour les évacuations sanitaires.

En mai 2009, on comptait 35.403 fonctionnaires à la retraite, ainsi que 47.945 fonctionnaires de l'Etat en activité qui bénéficiaient des allocations familiales et de la couverture maladie. Avec la prise en compte des personnes à leur charge (conjointes et enfants), il a été estimé que l'assurance maladie à travers le FNRB atteignait 477.227 personnes en mai 2009, où 5,9 pour cent de la population (Kessou et al, 2009). Le FNRB se trouve confronté à une série de faiblesses, parmi lesquelles la modicité des droits versés, la lourdeur administrative de ses procédures, le manque d'autonomie institutionnelle (contrairement au statut de la CNSS) et un déficit structurel, qui a continué de 1991 à ce jour et met en cause la viabilité financière de l'institution. Géré directement par le Ministère chargé des Finances, le FNRB dépend des subventions de l'Etat pour compléter ses recettes (constituées par les retenues prélevées sur les traitements des travailleurs affiliés et les contributions de l'employeur) et ainsi combler ses déficits. Le déficit cumulé du FNRB avait déjà dépassé les 100 milliards de francs CFA en 2006. Le problème de fond est le faible taux de couverture des dépenses par les recettes de cotisations (seulement 50% environ) qui résulte du fait que le ratio démographique de 1,91 actifs pour un retraité est loin d'être suffisant pour assurer l'équilibre du régime. Autrement dit, le délai de récupération (la durée de consommation des cotisations versées) est de 10 ans, alors que l'espérance de vie à la retraite est proche de 20 ans pour les retraités du FNRB (Ali, 2007). Les subventions gouvernementales (près

<sup>9</sup> Une exception est faite au personnel public de santé qui bénéficie d'une prise en charge totale à 100% des frais des soins.

de 15 milliards de francs CFA, soit 0,5% du PIB, en 2008<sup>10</sup>) sont devenues un lourd fardeau pour les finances publiques, attirant l'attention du Fonds Monétaire International (FMI), qui a insisté sur la réforme du FNRB comme un des repères structurels de la Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance accordée au Bénin.

Le régime des quatre-cinquièmes est caractérisé par plusieurs dysfonctionnements, notamment la lourdeur administrative et le rejet des attestations de prise en charge, ainsi que la mauvaise qualité des soins des prestataires publics de services sanitaires. Face à ces insuffisances et à la non satisfaction des bénéficiaires, le Ministère du Travail et de la Fonction Publique a initié, sur sollicitation des organisations des travailleurs, la mise en place d'une Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat. L'étude de faisabilité de cette mutuelle a bénéficié de l'appui du Bureau International du Travail (BIT). Cependant, le Gouvernement a souhaité qu'elle soit intégrée au processus de mise en place du RAMU en cours (voir ci-dessus).

Mis à part les mutuelles de sécurité sociale et les mutuelles de santé (voir ci-dessous), **l'assurance privée commerciale** constitue la seule autre source d'assurance maladie (et d'assurance vieillesse et d'assurance décès) au Bénin, avec six compagnies en opération actuellement dans le pays. En place depuis 1998, l'assurance privée commerciale applique des primes très élevées pour l'assurance maladie (en moyenne 200.000 francs environ par adhérent par an), ce qui fait en sorte que seulement les grandes entreprises sont en mesure de souscrire pour leurs employés. En 2009, les sociétés privées d'assurance maladie comptaient à peine 21.200 adhérents (Kessou et al, 2009), avec quelques 75.000 bénéficiaires au total.

### **6.1.2 Le défi de l'extension de la sécurité sociale au secteur informel**

**Origines et évolution de la MSSB.** Dans le souci d'étendre l'assurance sociale aux populations de l'économie informelle, la mutuelle de Sécurité Sociale (MSS) a été créée en 1999 avec l'appui du Ministère du Travail et de la Fonction Publique (MTFP) et le soutien technique et financier du BIT. Initialement créée sur la base de deux mutuelles autonomes respectivement installées à Cotonou et Parakou en 1999, la MSS a élargi sa couverture en installant deux autres mutuelles autonomes à Porto Novo en 2006 puis à Natitingou en 2007. D'autres sections sont en voie d'installation dans le but de couvrir tous les départements d'ici 2011.

Depuis 2005, des réformes profondes de redynamisation et de renforcement des capacités des MSS ont été introduites avec l'appui technique du Programme STEP du BIT à la demande du MTFP. Ces réformes, fondées sur un diagnostic réalisé avec l'appui du BIT en 2005, ont conduit à la formulation d'un plan de développement quinquennal adopté en octobre 2005 pour la période de 2006 à 2010 et regroupant cinq principaux axes : (i) la redynamisation du schéma organisationnel avec plus de responsabilités aux organes élus et une grande participation des associations à la base dans l'enregistrement des adhésions et la collecte des cotisations ; (ii) la révision du produit assurance santé ; (iii) l'élargissement du réseau de prestataires conventionnés ; (iv) l'utilisation d'outils de gestion adaptés ; et (v) l'introduction du logiciel MAS Gestion pour la gestion technique et le suivi des indicateurs. Le processus de fusion des MSS entamé en 2007 a abouti à la création officielle de la Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin (MSSB) lors d'une assemblée générale en 2009, avec cinq sections locales à Cotonou, Porto Novo, Parakou, Natitingou et Lokossa.

**Prestations offertes.** Les MSS offrent deux types de prestations : assurance santé et assurance vieillesse. La branche vieillesse offre la possibilité aux travailleurs de l'économie informelle de cotiser un montant mensuel variant de 2.000 à 50.000 francs CFA et de bénéficier d'une pension de vieillesse après 15 ans de cotisations et 60 ans d'âge. Des pensions d'invalidité et de décès

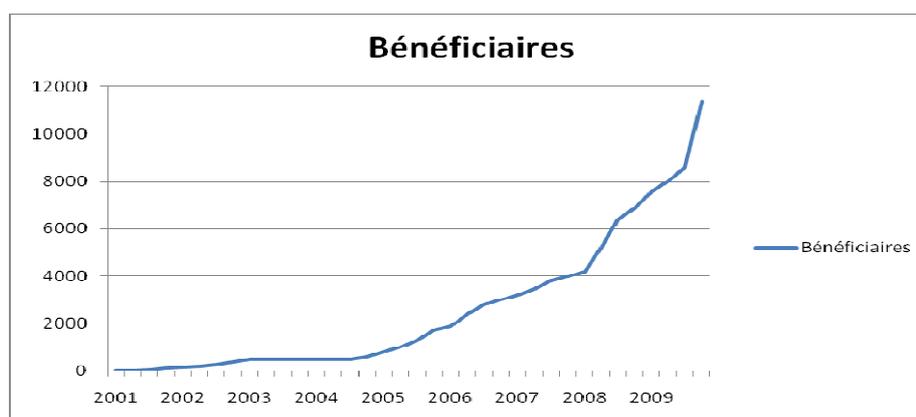
---

<sup>10</sup> Selon des simulations faites sur le déficit annuel du FNRB à long terme, sous l'hypothèse du maintien du statu quo, celui-ci atteindra 35,6 milliards de francs CFA en 2013 et 221 milliards de francs CFA en 2030 (Ali, 2007).

sont aussi disponibles. La branche santé couvre les soins de santé des premiers échelons à savoir Centres de Santé d'Arrondissement, Centres de Santé de Commune et Hôpitaux de Zone et des soins de références intermédiaires (Centres Hospitaliers Départementaux), à un taux de prise en charge unique de 70%<sup>11</sup>. Les cotisations varient de 600 à 1.200 francs CFA par bénéficiaire par mois selon les catégories d'adhérents.

**Adhésions et bénéficiaires.** Les adhésions se font à titre individuel ou familial, essentiellement pour la branche maladie. Les réformes engagées à partir de 2005 ont eu un impact significatif dans l'évolution du nombre de bénéficiaires de la mutuelle (voir la Figure 6.2). A la fin de l'année 2009, le nombre total de bénéficiaires de la MSSB était de 11.400 personnes avec une taille moyenne de deux personnes par ménage. La stratégie de la mutuelle qui consiste à favoriser les adhésions de groupe (associations d'artisans, etc.) pour faciliter le recouvrement des cotisations se traduit par une diminution de la proportion des adhérents individuels qui est passé de 23% en 2006 à environ 18% en 2009. La Section locale de Cotonou de la MSSB comptait le plus grand nombre de bénéficiaires, avec environ 65% du nombre total<sup>12</sup>. Il s'agit prioritairement des actifs du secteur de l'économie informelle, mais également de quelques travailleurs des secteurs publics et privés (adhésions individuelles). Les actions de promotion se sont plus orientées vers la branche maladie que l'assurance vieillesse. Il semble que le faible niveau des adhésions à l'assurance vieillesse s'explique par le fait que les avantages d'une pension de retraite à l'âge de 60 ans ne sont pas bien compris par le public visé par la MSBB. Bien que le nombre total de bénéficiaires ait atteint environ 12.000 en début 2010, selon les informations reçues de la MTFP, et est en croissance progressive comme le montre la Figure 6.2, il est évident que jusqu'ici la MSSB ne couvre encore qu'une faible proportion des quelque 2,25 millions d'actifs de l'économie informelle et encore moins des millions d'enfants et d'autres personnes à leur charge<sup>13</sup>. En outre, le faible taux d'adhésion familiale au sein des ménages expose la mutuelle à la sélection adverse et aux pratiques frauduleuses de consommation des prestations par des « passagers clandestins » (*free riders*). La MSSB reste néanmoins l'un des plus grands systèmes mutualistes du Bénin.

Figure 6.2 Croissance du nombre de bénéficiaires de la MSSB, 2001-2009



Source : Données fournies par la Direction Nationale du Travail du MTPF.

<sup>11</sup> Le ticket modérateur ou co-paiement est en effet de 10% du coût des prestations aux premiers échelons et de 30% pour les soins de référence intermédiaire.

<sup>12</sup> On note une baisse progressive de la proportion des adhérents individuels (environ 23% en 2006, contre 18% en 2008).

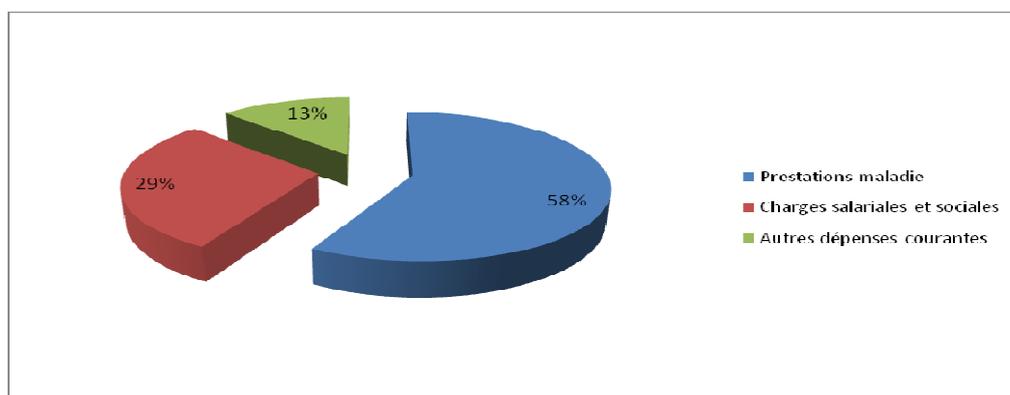
<sup>13</sup> Il a été déclaré 2 830 876 personnes de 10 ans et plus déjà en activité économique lors du Recensement général de la population et de l'habitation, de 2002 (INSAE, 2003). Compte tenu de la croissance de la population depuis lors, leur nombre est maintenant beaucoup plus élevé.

**Dépenses et sources de financement.** Les principales sources de financement de la MSSB sont les cotisations<sup>14</sup> et les droits d'adhésion des affiliés. Elle bénéficie toutefois d'un appui financier important de l'Etat, notamment des subventions de fonctionnement et de cofinancement des prestations pendant la phase de croissance.

Ainsi les ressources totales engagées par le MTFP pour les activités d'extension de la protection sociale en 2009 se sont élevées à 93,3 millions de francs CFA, dont une partie a financé les activités du Ministère pour la promotion de la protection sociale et les investissements de la MSS (nouvelles sections, équipements). Une autre partie (environ 50,4 millions de francs CFA) correspond à un transfert social de l'Etat en faveur des assurés de la MSSB afin de diminuer le montant de leurs cotisations. Selon le MTFP, ce transfert repose sur le principe que si les plus pauvres ne peuvent s'offrir des produits d'assurance classique, ce n'est pas pour autant qu'ils méritent des produits de mauvaise qualité. Sur la base de ce principe de subventionnement, l'Etat vise à permettre à la MSSB de proposer un produit d'assurance offrant une bonne couverture et géré de façon professionnelle. Un plan de développement et de financement élaboré en 2008 (et régulièrement actualisé) programme l'évolution de ce financement de l'Etat important au démarrage de la mutuelle et devant diminuer progressivement jusqu'à l'atteinte du seuil d'équilibre (environ 15.000 bénéficiaires).

En 2009, les dépenses totales de la MSSB se sont élevées à environ 90,5 millions de francs CFA, dont 52,6 millions de dépenses de prestations maladie, 26,3 millions de charges salariales et sociales et 11,4 millions pour les autres dépenses courantes (voir la Figure 6.3). La MSSB étant dans une phase de croissance, le taux de sinistralité (ratio des prestations/cotisations) est encore faible (58%) mais évolue progressivement vers un objectif de 85%, qui devrait être atteint avec le seuil d'équilibre. Cette faiblesse actuelle s'explique par la stratégie appliquée visant à doter la mutuelle des capacités de gestion lui permettant d'offrir un produit de micro assurance de qualité dès le départ puis d'atteindre un taux normatif de sinistralité à moyen terme.

**Figure 6.3 Structure des charges de la MSSB, 2009**



Source : Données fournies par la Direction Nationale du Travail du MTFP.

Pour faciliter le paiement des cotisations et améliorer son taux de recouvrement, la MSSB a décentralisé à partir de 2009 son processus de collecte des cotisations par l'intermédiaire de personnes relais au sein des associations membres et la création de guichets décentralisés dans les bases d'appui aux artisans. Par ailleurs, un partenariat a été signé en 2009 avec des institutions de micro-finances pour la distribution du produit de micro assurance santé de la MSSB.

<sup>14</sup> Le plan de financement de la MSSB prévoit une augmentation progressive du montant de la cotisation des travailleurs de l'économie informelle, jusqu'au seuil d'équilibre.

Le taux moyen de recouvrement des cotisations s'est situé à environ 70% en 2009, largement supérieur au taux moyen pour la plupart des mutuelles sociales en Afrique de l'Ouest qui s'établit à environ 40%. Toutefois, la baisse de cet indicateur par rapport à l'année 2007 où il se situait à 85%, montre que même si une mutuelle développe des mécanismes adaptés de collecte de cotisation dans l'économie informelle, elle reste fragile à l'impact des chocs exogènes (crise alimentaires, économique, etc) sur l'économie des ménages de l'économie informelle.

**Forces, faiblesses et perspectives de la MSSB.** La force majeure de la MSSB est la possibilité qu'elle offre pour une couverture maladie et une pension de retraite aux artisans et autres actifs économiques du secteur informel exclus des régimes classiques de sécurité sociale (FNRB et CNSS). Son avantage majeur est le potentiel d'adhérents dont elle dispose (le grand nombre d'actifs de l'économie informelle), ainsi que le soutien manifeste du Gouvernement, à travers des appuis budgétaires importants, et du BIT. La gestion de la mutuelle est professionnalisée avec du personnel technique qualifié et l'utilisation de logiciels de gestion (MAS Gestion, Mas Prestataires) qui améliorent le suivi des indicateurs et la qualité du service rendu aux bénéficiaires.

Les principales limites ou contraintes relevées sont (i) la faible pénétration de la mutuelle (environ 3,5% de la population active dans le secteur informel), (ii) la faible autonomie financière caractérisée par une forte dépendance aux subventions de l'Etat et (iii) le caractère inadapté du mode de subventionnement de la mutuelle par l'Etat. Dans la pratique, les modalités de ce transfert de l'Etat souffrent d'un manque de souplesse et d'adéquation entre la gestion budgétaire (ministère) c'est-à-dire les contraintes liées aux procédures fondées sur le principe « de service fait » et le mode de fonctionnement de la MSSB. Il s'agit cependant d'une expérience novatrice dans le champ de la mutualité en Afrique de l'Ouest.

La MSSB se trouve en face de quatre principaux défis : (i) l'amélioration des taux de recouvrement des cotisations ; (ii) l'amélioration de la pénétration de la MSSB, notamment dans le secteur informel ; (iii) le renforcement de l'autonomie opérationnelle et des bases d'autofinancement de la mutuelle ; et (iv) la nécessité d'une articulation des interventions de la MSSB avec le RAMU en cours de création.

L'appui du BIT-STEP et les réformes engagées ont eu une portée significative en termes de redynamisation et de relance du développement de la MSSB. Toutefois, des efforts importants devront se poursuivre dans le cadre de la mise en œuvre du plan de développement adopté. A cet effet, nous formulons les recommandations suivantes :

- Renforcer les mécanismes visant à améliorer le niveau de recouvrement des cotisations au sein du réseau MSSB : décentralisation des mécanismes de collecte et approches de proximité, différenciation des modalités de paiement et de collecte des cotisations par corps de métiers ou entités affiliées (périodicités, types, etc.), mesures incitatives pour les « bons payeurs » et pour ceux ne jouissant pas de prestations sur une certaine période, etc. ;
- Assurer une meilleure attractivité de l'offre de la MSSB (adhésion et pénétration) en valorisant le potentiel de demande de couverture de risques économiques et sociaux présents dans les différentes filières du secteur de l'économie informelle (agriculture, élevage, pêche, artisanat, restauration et services, etc.) ;
- Engager un dialogue proactif avec le Ministère de la Santé (à travers le Point Focal du RAMU) en vue d'assurer une forte articulation du mandat et des activités de la Mutuelle avec le RAMU.

### **6.1.3 Les mutuelles de santé**

**Origines et évolution.** Les mutuelles de santé ont été initiées en tant que modèles alternatifs pour l'amélioration de l'accès financier des populations aux soins de santé, à travers la mutualisation ou partage de risques maladie prioritaires et la participation des membres à la gestion du système

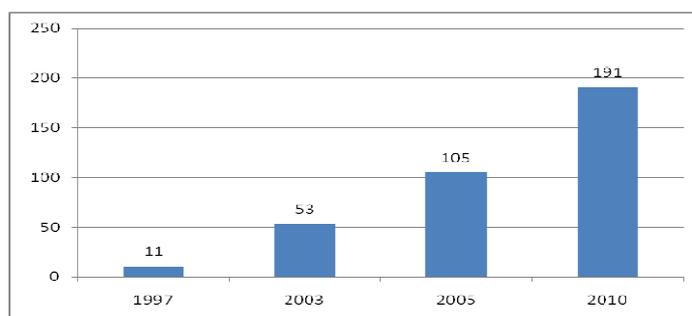
(apports de ressources, bénéfice de prestations, contrôle social, etc.). En tant que telles, elles constituent des réponses aux défis posés par le recouvrement des coûts et la participation des communautés au financement et à la gestion des soins et services de santé, introduits dans le cadre de l'Initiative de Bamako (1978).

Les premières expériences mutualistes dans le secteur de la santé au Bénin datent du milieu des années 90, avec l'initiative « Alodo » de l'Institut de Participation du Bénin, les Caisses Villageoises de Mutualité Sociale Rurale (CVMSR) initiées par l'Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin (ADMAB) dans l'Ouémé (Aslossa), les premières mutuelles de santé du Borgou promues par le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) et la mutuelle de santé de Mowodani soutenue par le Centre Africa Obota avec l'appui de Solidarité Mondiale, dans la commune de Kétou.

Les interventions du programme STEP du BIT au Bénin ont contribué à introduire la micro-assurance santé (MAS) au sein d'institutions de microfinance (cas de l'Association d'Entraide des Femmes à partir de 2002). La MAS fut ensuite introduite et développée dans la politique de crédit de certaines institutions de microfinance de grande taille comme supports de « services non financiers » en appui à la gestion du risque crédit, à travers la déduction de primes forfaitaires de couverture de risques maladie et décès variant de 1 à 2% du portefeuille nominal de crédit<sup>15</sup> (cas notamment de l'Agence pour la Promotion des Petites et Moyennes Entreprises au Bénin et de l'Association pour le Développement des Micro-Entreprises au Bénin). Cette initiative fut également introduite en 2004 par le Centre Béninois pour le Développement des Initiatives à la Base (CBDIBA) à travers la promotion des Associations de Micro-assurance de Santé Communautaire (AMaSCo) en appui à l'offre de crédit des Caisses Villageoises d'Épargne et de Crédits Autogérées. Autres initiatives de micro-assurance santé sont engagées dans le cadre du programme de Microcrédits aux Plus Pauvres (MCPPE). Le Fonds National de la Microfinance (FNM) a engagé depuis janvier 2010, en appui au Programme MCPPE, une Initiative Nationale de Micro-Assurance destinée à couvrir environ 700.000 bénéficiaires de ce programme.

La Figure 6.4 donne une illustration de l'évolution des initiatives mutualistes au Bénin.

**Figure 6.4 Evolution du nombre de mutuelles de santé au Bénin, 1997-2010**



Sources : Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé 2009-2013 (MS et al, 2008) ; base de données d'Afric'Mutualité, Mars 2010.

En 1997, seulement 11 initiatives mutualistes ont été dénombrées, dont neuf jugées fonctionnelles (La Concertation, 2003). La période de 1997 à 2003 a été marquée par une augmentation

<sup>15</sup> PAPME est allé à une tentative d'institutionnalisation de cette activité à travers la création d'un département « Prévoyance de risques de crédit », mais les alertes et pressions progressives des compagnies d'assurance privées face à la question de compétence juridique des IMF dans la micro-assurance ont conduit à la séparation et à la sous-traitance de cette branche avec l'Africaine des Assurances.

significative du nombre de mutuelles de santé au Bénin, passant à 53 mutuelles de santé dont 42 jugées fonctionnelles, 8 en gestation et 3 en projet (MS et al, 2008). La fonctionnalité tient essentiellement à la régularité du fonctionnement des organes de gestion de la mutuelle et à la jouissance des prestations par les membres. Les mutuelles en gestation sont celles qui sont encore dans le processus de création, y compris la période probatoire (observation ou stage) préalable à la jouissance des prestations. La situation actuelle, à fin mars 2010, fait état de 191 mutuelles de santé pour un effectif de 55.851 adhérents et 140.326 bénéficiaires, selon la base de données d'Afric'Mutualité. On estime à environ 150.000 le nombre actuel de bénéficiaires de mutuelles de santé au Bénin<sup>16</sup>.

Le mouvement mutualiste au Bénin a été appuyé par un grand nombre de « promoteurs », qui sont à leur tour financés par divers bailleurs de fonds. Les principales institutions impliquées dans la promotion des mutuelles sont les suivantes :

- le CIDR, ONG française, et son relais SOLIDEV, qui reçoivent le soutien de la Coopération Suisse ;
- le Réseau Alliance Santé (RAS), qui est la structure faîtière des mutuelles de santé appuyées par le CIDR, dotée d'une coordination technique (personnel permanent et de son autonomie opérationnelle voire institutionnelle) ;
- l'ADMAB ;
- le Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF), lancé par Solidarité Mondiale (WSM) et l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC) de Belgique ;
- le Centre Africa Obota, organisation de la société civile béninoise engagée dans la promotion des droits, de la démocratie et du développement ;
- la Mutuelle de Santé (MUSANT), un système d'assurance-maladie ouvert au secteur public, de couverture initialement limitée à Cotonou ;
- l'ONG belge, Louvain Coopération pour le Développement (ex « Louvain Développement ») ;
- le programme STEP (Stratégies et Techniques contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté) du BIT, appuyé aussi par l'UNICEF dans quelques zones ;
- le Groupement pour la Promotion et l'Exploitation des Ressources de l'Environnement (GROPERE) ;
- la Fondation Danoise pour les Enfants (BORNEfonden) ;
- Afric'Mutualité (Association africaine pour la protection sociale et le développement), ONG béninoise qui est spécialisée dans le renforcement des capacités du mouvement mutualiste et appuyée par la Coopération française ;
- Partners for Health Reform plus et le Projet Intégré de Santé Familial (PISAF) de l'USAID ;
- Le CBDIBA, à travers les AMaSCo ;
- le Projet Bénino-Allemand des Soins de Santé Primaire;
- le Projet d'Appui au Développement du système de Santé, financé par la Banque Africaine de Développement et le Ministère de la Santé ;

Des Ministères sectoriels sont aussi concernés, notamment le Ministère de la Santé, ainsi que des institutions de recherche et de formation universitaire, notamment l'Institut Régional de Santé Publique, AMCES et l'Institut Supérieur Panafricain d'Economie Coopérative (ISPEC). Il est à noter que les promoteurs du mouvement mutualiste ont créé, depuis 1997, un cadre d'échange

---

<sup>16</sup> Ce chiffre pourrait être bien en deçà de la situation réelle en raison des faiblesses de mécanismes de collecte et de traitement de l'information sur les initiatives mutualistes au Bénin.

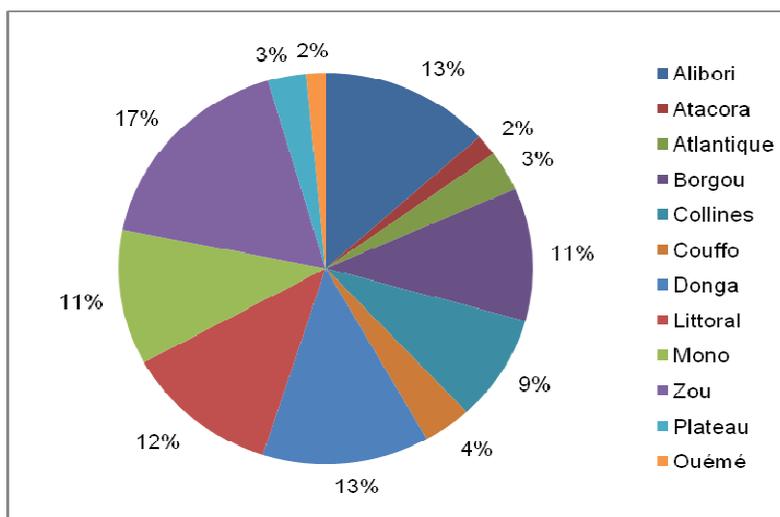
d'expériences, qui a été revitalisé depuis 2003 sous le nom de Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles et Assurances de Santé (CoNSAMAS, ex CoNSAMUS). Parmi les structures faîtières nationales du mouvement mutualiste, nous avons également le Point Focal de la Concertation régionale des acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre (« La Concertation »), qui est assuré par le PROMUSAF.

**Adhésion des populations et pénétration des mutuelles de santé.** Malgré leur pertinence comme mécanisme visant à faciliter l'accessibilité financière des ménages aux soins de santé, les mutuelles bénéficient d'une faible adhésion des populations et d'une faible pénétration dans leurs zones de couverture respectives. En effet, en considérant l'effectif minimum de 150.000 bénéficiaires actuellement couverts, selon les informations recueillies auprès d'Afric'Mutualité, on estime à environ 1,8% la part de la population couverte par les mutuelles de santé en 2009 pour une population estimée à 8,3 millions d'habitants selon les projections démographiques de l'INSAE. Ce taux de couverture est encore très loin des ambitions du Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé (MS et al, 2008), qui prévoit de couvrir 2 millions de personnes en 2013.

Quant à la « pénétration » des mutuelles dans leurs zones d'intervention, elle varie de 5% à 20% selon les cas. Les mutuelles soutenues par BORNEfonden ont réussi à réaliser des taux de pénétration plus importants, de 65 à 90% selon les zones, grâce à une approche multisectorielle et participative développée (MS et al, 2008).

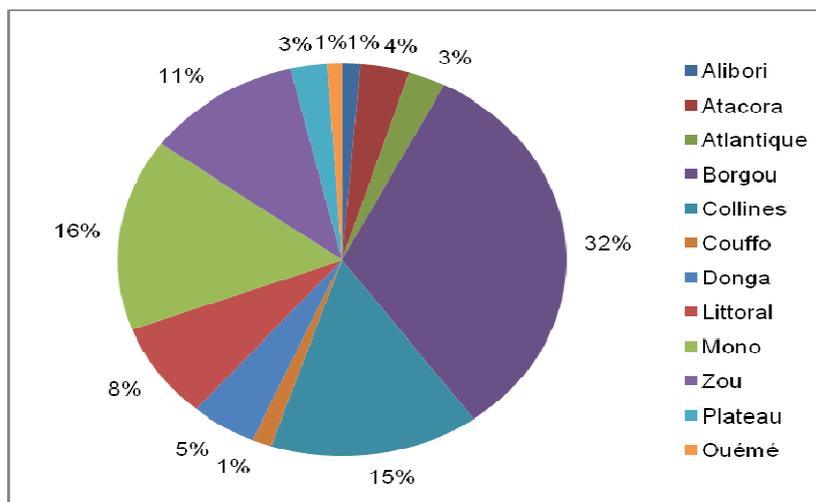
En dehors de la MUSANT, qui assure la prise en charge des bénéficiaires dans chacun des 12 départements du pays, la Figure 6.5 et la Figure 6.6 présentent respectivement les proportions relatives des adhérents et bénéficiaires dans chacun des 12 départements. La Figure 6.6 montre que les départements du Borgou (32%), du Mono (16%), des Collines (15%) et du Zou (11%) détiennent le plus grand nombre de bénéficiaires d'initiatives mutualistes. L'analyse différenciée des bénéficiaires par structure montre que les plus grands nombres de bénéficiaires relèvent des initiatives du Réseau Alliance Santé, de BORNEfonden, du BIT/STEP, du PROMUSAF et d'Afric'Mutualité (voir aussi le tableau C.2 sur la répartition des initiatives mutualistes par promoteurs et par département dans l'annexe C).

**Figure 6.5 Répartition des adhérents aux mutuelles de santé selon les départements, mars 2010**



Source : Base de données d'Afric'Mutualité, mars 2010.

**Figure 6.6 Répartition des bénéficiaires des mutuelles de santé selon les départements**



Source : Base de données d'Afric'Mutualité, mars 2010.

Selon les propres lectures des expériences et leçons par les promoteurs eux-mêmes et d'autres sources secondaires, notamment au colloque sur la micro-assurance santé tenu à Ouidah en décembre 2004 (ISPEC et al, 2004), plusieurs facteurs expliquent la faible adhésion ou pénétration des mutuelles, qui seront évoqués dans les paragraphes suivants.

**Mécanismes d'adhésion et de collecte des cotisations.** A l'exception de quelques promoteurs (Louvain Développement, GROPERE, BIT-STEP), la cotisation est familiale pour la plupart des mutuelles. Cette option contribue à une minimisation du risque de sélection adverse et à l'efficacité des coûts d'opérations des mutuelles. Toutefois, elle constitue un frein réel à l'adhésion d'un plus grand nombre de ménages pauvres en raison de leur taille importante et de barrières financières liées aux faibles revenus et des chefs de ménage, c'est-à-dire leurs faibles capacités contributives.

La périodicité des cotisations est soit annuelle soit mensuelle, avec un effort d'adaptation aux périodicités ou aux saisonnalités des revenus des populations cibles. Ces efforts devront davantage prendre en considération les réalités de l'économie rurale et intégrer des mécanismes novateurs de paiements des cotisations (warrantage agricole, par exemple). Dans le cas spécifique du RAS, il est institué un délai probatoire de trois mois au-delà duquel la cotisation du membre ne peut plus être considérée comme étant acquise au titre de l'exercice concerné. Cette pratique assure une pression importante sur le membre titulaire pour le respect des échéances de souscription et un taux de recouvrement jugé acceptable au sein du RAS (Mongbo et al, 2009).

**Garanties ou paquets de services offerts.** Malgré la diversité des initiatives, on note une homogénéité relative des garanties ou paquets minima de prestations offertes par les mutuelles de santé. La plupart des mutuelles de santé couvrent en effet un paquet de prestations de base lié au paquet minimum d'activités (PMA) des formations sanitaires de premiers échelons de soins. Ces PMA regroupent les prestations suivantes : traumatisme, accouchement simple, consultations curatives primaires, consultations prénatales, consultations post-natales, examens de laboratoire ou radiologie, activités préventives et promotionnelles (vaccination, etc.). La couverture des gros risques associés aux soins hospitaliers est assurée au sein des hôpitaux de zones voire des centres hospitaliers départementaux (CHD) par des réseaux ou Unions Communales de Mutuelles de Santé.

**Relations avec les prestataires.** Les relations des mutuelles de santé avec les prestataires de soins sont, pour leur majorité, fondées sur des conventions écrites. En raison de la forte implantation des mutuelles de santé en zones rurales, la majorité des prestataires conventionnés relèvent du secteur public. Certains hôpitaux confessionnels fournissent également des prestations ou soins hospitaliers de première référence aux mutualistes en qualité d'hôpitaux de zone (cas des hôpitaux de Boko, Kpakpanè, Tanguiéta, Guéré etc.). Les relations contractuelles avec les formations sanitaires ont contribué à améliorer l'accès des mutualistes aux soins de santé. Toutefois, le défi de qualité des prestations (accueil et couverture effective) reste entier : la procédure spécifique de remboursement des soins (« tiers payant » avec ticket modérateur en général) perturbe les pratiques parallèles de ventes de médicaments et autres prestations devenues classiques dans les formations sanitaires publiques (voire privées), engendrant des traitements discriminatoires négatifs à l'égard des mutualistes.

**Avantages, forces et acquis des initiatives mutualistes.** Les mutuelles ont, sans nul doute, contribué à améliorer l'accessibilité financière de certains ménages aux soins de santé au cours des 15 dernières années et à un relèvement du taux de fréquentation des soins de santé (45,1% en 2008 selon le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire). Elles ont contribué, dans une certaine mesure, à l'amélioration de la qualité globale des prestations de santé pour les mutualistes et à un meilleur accès des populations couvertes aux soins de santé préventive et promotionnelle. Les mutuelles ont en outre contribué au renforcement de la dynamique communautaire dans leurs aires de couverture et au renforcement du capital social dans les localités couvertes.

On note une volonté politique manifeste de l'Etat à travers le Ministère de la Santé qui accorde, depuis 2003, une attention aux mutuelles de santé comme moyens d'amélioration de l'accès financier des populations aux soins de santé dans les politiques et stratégies sanitaires mises en œuvre. Dans la Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté (République du Bénin, 2007, page 96), le Gouvernement béninois a prévu la promotion des mutuelles de santé comme facteur déterminant dans l'accessibilité financière aux soins de santé. Cette volonté politique de promouvoir une plus large couverture d'assurance maladie au profit des populations est également illustrée par la création du RAMU, dont le processus est en cours (voir Section 6.1.4).

**Limites et contraintes majeures des initiatives mutualistes.** Néanmoins, les mutuelles font face à plusieurs limites ou contraintes majeures.

- **La faible portée des mutuelles**, c'est-à-dire leur faible taux d'adhésion des populations (moins de 2% des populations béninoises couvertes en 2009) et leurs faibles taux de pénétration dans leurs zones de couverture géographique respectives (en général de 5% à 20% des populations), est une conséquence des barrières financières, ainsi que de la faible qualité des soins auxquels l'assurance donne accès et, selon Mongbo (2007), des « pesanteurs socioculturelles ». Selon un de nos interlocuteurs, ce facteur culturel suscite même des craintes que « l'adhésion à la mutuelle invite les maladies » ! Le faible degré de mutualisation des risques maladies (*risk-pooling*) résultant du régime facultatif (non obligatoire) des mutuelles contribue également au faible taux de pénétration (la « sélection adverse »). D'autres travaux de capitalisation évoquent en outre la faible attractivité des prestations offertes par les mutuelles par rapport à l'offre diversifiée de protection sociale alternative proposée par les réseaux sociaux traditionnels (Mongbo, 2007 ; Mongbo et al, 2009)<sup>17</sup>.
- **L'inexistence d'un cadre juridique adapté pour le développement des mutuelles de santé** fait en sorte que les mutuelles de santé sont régies par la loi 1901 régissant les associations

---

<sup>17</sup> Ces groupes disposeraient d'impressionnants savoir-faire et pratiques endogènes en matière de protection sociale alternative, au-delà de la seule couverture du risque maladie. Ils constituent de véritables filets sociaux de protection pour les ménages pauvres ou vulnérables.

au Bénin (et en Afrique de l'Ouest francophone). Le règlement n° 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) adopté en juin 2009 par le Conseil des Ministres de l'UEMOA et auquel le BIT-STEP a apporté une contribution remarquable, n'a pas encore été ratifié par le Parlement Béninois, bien que l'entrée en vigueur de ce règlement soit prévue à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2011 (cf. article 94). Cette situation est une limite majeure à l'amélioration des cadres de politique et de stratégies nationales de développement des mutuelles de santé et contribue à la faible professionnalisation des initiatives mutualistes au Bénin.

- **Non couverture des risques les plus coûteux.** En raison de leur dépendance des cotisations et du faible revenu des adhérents, les paquets de services couverts par les mutuelles généralement excluent une partie importante des risques, notamment ceux qui sont les plus coûteux.
- **Diverses limites de niveau opérationnel,** notamment la faible capacité de gestion stratégique des mutuelles (plans de développement ou "business plans"), la faible efficacité des systèmes de gestion d'information et de suivi des performances (opérations, portées et impacts), la faible viabilité financière des mutuelles et le faible pouvoir de négociation et de lobbying avec les prestataires de soins, limitent également l'impact des mutuelles. La faible viabilité financière est la conséquence de plusieurs facteurs, notamment le faible taux d'adhésion des populations, la pénétration limitée des mutuelles dans leurs localités, le faible niveau de recouvrement des cotisations et les faibles économies d'échelle.
- **D'autres facteurs institutionnels** ont aussi contribué aux faiblesses des mutuelles. Parmi ceux-ci on peut citer la faible coordination des politiques sectorielles de l'Etat en appui à la couverture du risque maladie, notamment entre le Ministère du Travail et de la Fonction Publique et le Ministère de la Santé, la faible efficacité des plateformes nationales des promoteurs (CoNSAMAS)<sup>18</sup>, la faible participation des collectivités locales dans la promotion des mutuelles de santé (moins de 1%) et la position ambivalente du Ministère de la Santé en tant que, à la fois, autorité de régulation et prestataire de soins. La position ambivalente entretient des situations de collusion et de conflits d'intérêts dans le dialogue social et les actions de plaidoyer pour une meilleure qualité des soins au profit des mutuelles, notamment en zones rurales où les formations sanitaires conventionnées sont en position de quasi monopole (voire d'oligopole dans le système de référence des soins).

**Recommandations essentielles.** L'analyse ci-dessus conduit aux quatre recommandations suivantes :

- Renforcer les capacités des acteurs promoteurs des mutuelles de santé dans le sens de l'axe stratégique n°4 du PSDMS 2009-2013, à travers (i) la promotion de plateformes nationales structurantes et opérationnelles, (ii) le développement de plateformes thématiques pertinentes pour la capitalisation (savoir-faire et expériences) et (iii) le développement d'un système national de suivi des performances des mutuelles (MS, 2008) ;
- Développer les capacités des mutuelles de santé et des initiatives MAS (responsables et membres) en vue de les rendre capables de gérer efficacement les opérations et d'assumer pleinement leur mission et fonctions normatives (assurance risque maladie, négociation de la qualité des soins et des prestations de santé, promotion et défense des intérêts des membres en matière d'accès aux soins, etc.) ;

---

<sup>18</sup> Il n'existe pas de plateforme nationale structurée réunissant les praticiens des mutuelles et initiatives MAS, à l'image du Consortium ALAFIA pour le secteur de la microfinance, opérationnelle depuis 1997. Il existe cependant des plateformes communales ou régionales dynamiques d'échanges et de capitalisation, soutenues respectivement par différents promoteurs.

- la création, sous l'égide ou la coordination du MPDEAP, d'un Centre National de Médiation et d'Arbitrage et de Dialogue Social en appui à la promotion de la qualité de l'offre des soins et services de santé conventionnés pour la couverture maladie au Bénin ;
- le renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles des organisations faîtières des mutuelles de santé en matière de gestion, de négociation, de plaidoyer et de contrôle social de la qualité de l'offre des soins au sein des formations sanitaires conventionnées.

Compte tenu des préparatifs en cours pour établir le RAMU, initié depuis l'adoption du PSDMS, il devient crucial d'intégrer la stratégie de développement des mutuelles dans le cadre plus large du développement du RAMU. La question de l'articulation des mutuelles existantes avec le RAMU, comme système national d'assurance universelle et obligatoire (au lieu de la mutualisation volontaire), n'est pas encore résolue, comme il sera discuté dans la section suivante.

#### **6.1.4 Le RAMU**

**Nature, objectif et principes cardinaux.** Le RAMU est une initiative récente du Gouvernement Béninois prise en Conseil des Ministres du 21 mai 2008. Cette initiative fut concrétisée par la mise en place et l'installation officielle le 29 décembre 2008 d'un Comité Technique Interministériel composé de quatre ministères du Gouvernement<sup>19</sup> ainsi que de l'UNICEF et du BIT-STEP.

Le RAMU vise à améliorer significativement la faible couverture nationale actuelle du risque maladie en favorisant l'accès financier d'une majorité des populations béninoises à des soins de santé de qualité. En effet, les régimes de couverture maladie existants ne parviennent pas à couvrir, comme évoqué, la majorité écrasante de la population. En fait, seulement 9% de la population est couverte actuellement par l'assurance maladie : environ 6% par le FNRB, moins de 2% par les mutuelles de santé et moins de 1% par l'assurance privée. Malgré les contraintes ou barrières financières aux soins, les ménages financent à eux seuls 52,1% des dépenses de santé, contre 31% de la part de l'Etat, 16% de la part de la Coopération Internationale et une part marginale des collectivités locales estimée à moins de 1% (MS, 2006)<sup>20</sup>. D'où la pertinence du RAMU comme instrument pour l'extension de la couverture maladie et l'inclusion de groupes vulnérables. Le RAMU vise à couvrir toute la population béninoise et est conçu autour de six principes cardinaux : la couverture universelle, l'approche contributive, la solidarité nationale, l'adhésion obligatoire, l'équité et l'efficacité.

**Organisation, fonctionnement et sources de financement.** Les orientations stratégiques et le schéma de base adoptés en juillet 2009<sup>21</sup> prévoient la mise en œuvre du RAMU par une agence d'exécution, l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM). Cette agence sera dotée de son autonomie technique et financière et a pour mandat la mise en œuvre technique et financière du RAMU sur la base des orientations et directives politiques d'un Conseil d'Administration dont la composition est à définir. L'ANAM assurera, à ce titre, la gestion des ressources et ingénieries du RAMU et la gestion des prestations au travers de ses représentations que seront les Agences Départementales. La gestion des ressources et d'ingénierie d'assurance, la gestion des prestations et la gestion du système d'informations seront assurées par l'ANAM, avec la délégation

---

<sup>19</sup> Il s'agit du Ministère de la Prospective, du Développement, de l'Evaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale, du Ministère de la Santé, du Ministère de la Famille, de la Protection Sociale et de la Solidarité Nationale, du Ministère de la Fonction Publique et du Travail.

<sup>20</sup> Noter que 76% des dépenses de santé des ménages sont consacrées aux produits pharmaceutiques, 8% pour les soins hospitaliers, 5% pour les soins ambulatoires, 5% pour les services auxiliaires laboratoires, 5% pour l'imagerie médicale et 6% pour les autres dépenses de santé. Ces données sont calculées à partir des statistiques de 2003 et doivent avoir connues des évolutions.

<sup>21</sup> Atelier technique sur le Régime d'Assurance Maladie Universel et le Fonds de Solidarité Nationale du Bénin, Rapport final, 14 et 15 juillet 2009 (MS, 2009).

de certaines fonctions à ses démembrements au sein des départements, notamment pour la gestion des prestations. L'offre et la facturation des soins seront assurées par des prestataires accrédités ou agréés.

Bien que les modalités d'adhésion ne soient pas encore définies, le RAMU prévoit l'affiliation des bénéficiaires par approche structurante, au travers de leurs structures d'affiliation de base respectives ou de leurs réseaux de prestations de base respectifs : la CNSS; le FNRB ; la Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat, les associations communautaires, les mutuelles de santé, les sociétés à forts potentiels d'affiliation (par exemple la Société de Gestion des Marchés), les institutions de microfinance, les ONG, les syndicats, les groupements agricoles (organisations de producteurs), les organisations coopératives, les associations socioprofessionnelles, etc. Il est prévu essentiellement des adhésions familiales ou de groupe, avec la possibilité d'admettre, éventuellement, des cas d'affiliation individuelle.

Quant au financement du RAMU, deux sources majeures sont prévues :

- le Fonds de Solidarité Nationale du Bénin, destiné à capter la contribution de l'Etat (budget national et contributions publiques spéciales), la contribution des partenaires au développement, les dons et legs, et les recettes des investissements de l'ANAM (dépôts à termes et autres placements de ressources).
- Les contributions des bénéficiaires (cotisations individuelles ou de groupes, cotisations et autres contributions des employeurs).

**Etapes du processus engagé pour la création du RAMU.** Nous pourrions résumer en trois grandes étapes le processus d'études engagé par le Ministère de la Santé pour la mise en place du RAMU<sup>22</sup> :

- La réalisation d'études préliminaires en 2009 avec l'appui du BIT-STEP, ayant permis de (i) faire un état des lieux des régimes d'assurance maladie et de protection sociale au Bénin, (ii) proposer un schéma préliminaire de base du RAMU, (iii) valider le schéma préliminaire de base au travers d'un atelier de restitution (tenu les 14 et 15 juillet 2009) et (iv) préparer une Note Technique du RAMU à l'endroit du Gouvernement ;
- La réalisation d'études complémentaires, financièrement soutenue par l'Agence Française de Développement (AFD), avec l'appui technique d'un cabinet français et le cabinet national Scen Afrik. Cette étape, actuellement en cours, permettra de définir (i) le paquet minimum de soins de base, (ii) la liste des médicaments essentiels à prendre en charge sur la base d'une consultation des parties prenantes clés (Ordre des Pharmaciens, Centrale d'Achat des Médicaments et Matériels Médicaux Essentiels etc.) (iii) les modalités d'accréditation des fournisseurs et (iv) le cadre institutionnel de gestion du RAMU ;
- La réalisation d'études de faisabilité économique et financière du RAMU, que la Banque Mondiale s'est engagée à accompagner et qui devrait permettre de définir le coût global du RAMU, sur la base de simulations actuarielles, et d'orienter les mécanismes de financement (prévues pour fin septembre 2010 au plus tard).

D'autres activités ont été prévues pour assurer le dialogue avec tous les acteurs concernés, notamment une table ronde avec les partenaires techniques et financiers.

Sur le plan administratif et légal, il est prévu de présenter le projet du RAMU aux Organes de Concertation et de Coordination des Réformes Administratives et Institutionnelles (comme préalable pour le dialogue politique et la procédure formelle de vote de la loi sur le RAMU) et de

---

<sup>22</sup> Entretien du 26 mars 2010 avec le point focal du RAMU au Ministère de la Santé.

préparer un projet de loi portant Régime d'Assurance Maladie au Bénin et ses décrets ou textes d'application.

**Perspectives et enjeux de mise en place du RAMU.** La force majeure du RAMU est l'engagement politique manifeste du Gouvernement sur cette initiative et l'implication active des ministères concernés au démarrage du processus de sa mise en place, à travers le Comité technique interministériel (CTI/RAMU). Le processus est géré au niveau technique par le point focal du RAMU dans le Ministère de la Santé. En termes d'atouts ou opportunités, on note la pluralité d'initiatives de couverture maladie publiques (FNRB), privées (compagnies d'assurance) et communautaires (mutuelles de santé et initiatives MAS). Cette diversité d'acteurs pose toutefois le défi d'articulations et de synergies pour l'efficacité et l'efficience des mécanismes de couverture maladie au Bénin. L'intérêt et l'implication de plusieurs partenaires techniques et financiers sont également une opportunité à saisir.

Néanmoins, la création du RAMU doit faire face à plusieurs enjeux et défis. Ceux-ci incluent, tout d'abord, les perspectives et modalités de mobilisation des ressources financières nécessaires pour assurer que les primes de cotisation soient abordables aux populations et pour financer des exemptions en faveur des indigents ou d'autres groupes vulnérables.

Deuxièmement, pour assurer l'équité (un des principes clé du RAMU), il est nécessaire d'établir des critères de choix des couches vulnérables qui seront éligibles pour exemptions ou subventions de paiements de primes. Le RAMU pose implicitement la question de l'absorption des mécanismes actuels de gratuité dans le secteur de la santé, notamment en ce qui concerne le Fonds Sanitaire des Indigents (voir la section 6.4).

Troisièmement, il sera nécessaire de trouver des moyens efficaces d'étendre la couverture aux actifs de l'économie urbaine informelle et du secteur rural et donc de réussir là où les mutuelles ont eu du mal à accroître leurs faibles taux de pénétration. Les subventions seraient probablement un des mécanismes clé à cet égard, compte tenu des faibles capacités financières des ménages.

Quatrièmement, la création du RAMU pose le défi de son articulation avec les mécanismes existants d'assurance maladie à travers le FNRB (le régime des quatre cinquièmes), le MSSB et les mutuelles de santé.

Cinquièmement, il sera crucial d'assurer la transparence et l'efficacité du système, notamment en ce qui concerne les critères et modalités claires d'accréditation des fournisseurs ou prestataires, la gestion des investissements de l'ANAM, la maîtrise des risques et coûts, le contrôle de la qualité des prestations et le suivi des performances et des impacts.

A l'égard de tous ces défis, il sera utile de capitaliser des expériences internationales en la matière, surtout dans les pays africains comme le Ghana (voir l'encadré 6.1), le Rwanda et le Gabon qui ont mis sur pied de tels systèmes d'assurance maladie.

### Encadré 6.1 Le Système National d'Assurance Maladie au Ghana

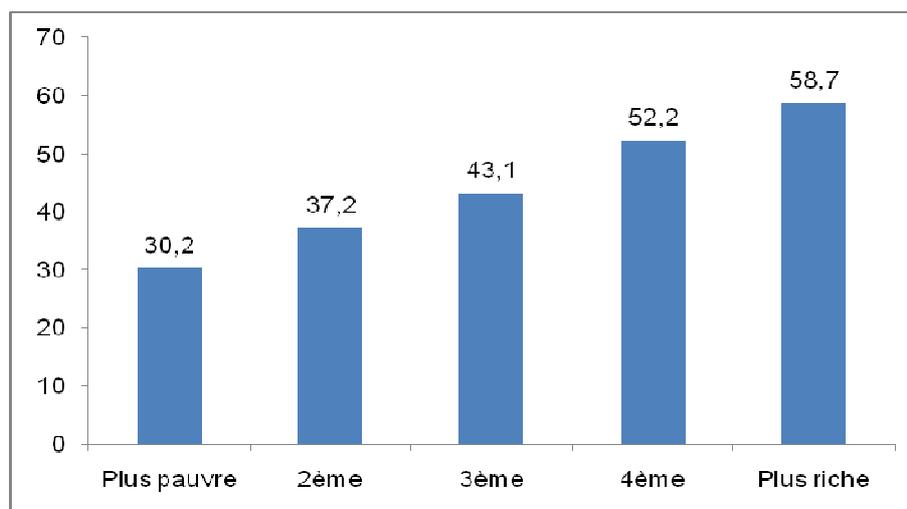
Le Gouvernement du Ghana a établi le Système National d'Assurance Maladie (NHIS) en 2003 dans le but de fournir l'assurance pour tous. A la fin de l'année 2008, 45% de la population était déjà inscrite au NHIS, ce qui constitue une réussite remarquable en seulement cinq années de mise en œuvre et n'a pas d'équivalent ailleurs en Afrique de l'Ouest (UNICEF et ODI, 2009b).

Un aspect distinctif est que l'initiative est financée principalement par des transferts fiscaux fondés sur un prélèvement spécial (le *National Health Insurance Levy*), de 2,5% de la valeur des biens et services, ajouté à la TVA et aux droits de douane, aussi bien que des ressources allouées par le Ministère de la Santé. Les employés du secteur formel contribuent également à travers leurs cotisations de sécurité sociale, alors que ceux du secteur informel contribuent à travers des mécanismes d'assurance mutuelle de santé établis dans chaque district du pays.

Les transferts fiscaux subventionnent l'initiative, rendant possibles des niveaux de prime plus abordables pour les populations ainsi que des exonérations de cotisation offertes aux femmes enceintes et allaitantes, aux retraités du secteur formel et aux indigents.

Malgré les progrès accomplis, des problèmes d'équité persistent, à cause des barrières d'accès constituées par les coûts d'inscription et des primes. Une analyse des adhérents (Asante et Aikins, 2007) a montré que le taux d'adhésion diminue de 58,7% dans le quintile économique le plus riche à 30,2% dans le quintile le plus pauvre (voir la figure 6.7). Selon une enquête auprès des populations (NDPC, 2009), 77% des Ghanéens non inscrits au NHIS attribuent leur situation au facteur coût.

**Figure 6.7 Pourcentage de la population inscrite au NHIS par quintile économique**



De plus, des informations anecdotiques font état d'une prise en charge de deuxième classe pour les patients se servant de cartes NHIS plutôt que des espèces pour accéder aux services sanitaires (UNICEF et ODI, 2009b).

En mai 2008, le gouvernement a annoncé une exonération supplémentaire importante pour les enfants, en s'engageant à inscrire gratuitement au NHIS tous les enfants de moins de 18 ans, quelque soit le statut d'inscription de leurs parents. Ce développement était le bienvenu, étant donné les taux élevés de mortalité infanto-juvénile au Ghana, bien que l'exonération n'ait pas encore été mise en place.

## 6.2 Assistance sociale

L'assistance sociale, c'est-à-dire la branche non contributive de la protection sociale, reste peu développée au Bénin. Les programmes existants incluent les secours fournis aux indigents par le MFSN, ainsi que des programmes alimentaires en faveur de groupes spécifiques comme les

enfants d'âge scolaire en zones défavorisées (à travers des cantines scolaires) et les personnes affectées par le VIH/SIDA.

Les **secours aux indigents**, gérés par la Direction de la Solidarité Nationale et de la Protection Sociale du MFSN, sont régis par le décret no. 2006-228 du 18 mai 2006, qui définit ces secours comme des « allocations en espèces et/ou en nature non remboursables consenties à des personnes indigentes ou à leurs structures d'encadrement » (Présidence, 2006).

La définition de l'indigence est assez floue. Selon l'article 2 du décret, « est indigente toute personne se trouvant dans un état d'extrême pauvreté, dépourvue de ressources vitales, en difficulté au plan social et/ou économique et ayant besoin de l'aide de l'État, des collectivités locales et de la société pour sa survie ». Les articles 4 à 6 donnent quelques précisions additionnelles, à savoir que les bénéficiaires sont :

- les enfants « en situation difficile », notamment les orphelins sans soutien, les enfants abandonnés ou de parents inconnus, les mineurs en détention et les enfants handicapés issus de familles démunies ;
- des « personnes affectées au plan social et/ou économique », telles que les veufs/veuves ou conjoints abandonnés, séparés ou divorcés, démunis, sans soutien et ayant des enfants mineurs scolarisés ou en apprentissage à charge, les personnes handicapées démunies, les familles ou individus victimes d'un sinistre et les personnes du 3<sup>ème</sup> âge démunies et sans soutien.

Mise à part cette définition catégorielle assez générale, il n'y a pas de critères plus spécifiques pour orienter le ciblage des bénéficiaires.

Trois catégories de secours sont octroyées, à savoir des « secours immédiats » (des allocations attribuées dans une situation d'urgence, ne dépassant 30.000 francs CFA et renouvelables qu'une seule fois), des « secours ponctuels » (des allocations en nature telles que les cannes blanches, cannes anglaises, béquilles, prothèses, tricycles et fauteuils roulants pour personnes handicapés) et les « secours temporaires » (des allocations accordées pour un temps déterminé en raison d'une situation revêtant un caractère durable, mais pour une période maximum de trois ans).

Ces secours sont attribués dans chaque commune par la Commission Communale de Gestion des Secours à la suite de l'examen de dossiers soumis par le Centre de Promotion Sociale (CPS) du MFSN. Le dossier inclut le rapport d'une enquête sociale effectuée par un agent du CPS en réponse à une demande de secours déposée auprès du CPS. En effet, il s'agit essentiellement d'un mécanisme réactif de réponse aux demandes venant de personnes conscientes des secours disponibles et capables d'exprimer leurs besoins. Compte tenu des faiblesses de financement et de l'insuffisance du personnel disponible dans les CPS pour le traitement des dossiers (voir le chapitre 7), ainsi que l'absence de campagnes d'information auprès des populations, il n'est guère surprenant que le nombre de dossiers traités et le nombre de bénéficiaires soient très faibles (1.982 et 1.802 respectivement en 2008), comme il est montré dans le Tableau 6.1. La dotation budgétaire pour les secours a diminué de 18% en 2010, à 112 millions de francs CFA, par rapport aux 136 millions de francs CFA de crédits alloués en 2008, selon les données du MFSN.

Tableau 6.1 Dossiers de secours étudiés et retenus, 2008

| Département           | Dossiers (nombre) |              | Fonds (millions de francs CFA) |            |
|-----------------------|-------------------|--------------|--------------------------------|------------|
|                       | Etudiés           | Retenus      | Sollicités                     | Crédits    |
| Atlantique / Littoral | 430               | 409          | 271                            | 41         |
| Atacora / Donga       | 241               | 190          | 24                             | 15         |
| Borgou / Alibori      | 191               | 177          | 36                             | 15         |
| Mono / Couffo         | 261               | 254          | 106                            | 15         |
| Ouémé / Plateau       | 311               | 286          | 128                            | 25         |
| Zou / Collines        | 548               | 486          | 168                            | 25         |
| <b>Total</b>          | <b>1.982</b>      | <b>1.802</b> | <b>735</b>                     | <b>136</b> |

Source: MFSN (2009c).

A part les secours aux personnes indigentes, d'autres petits programmes de transferts sociaux sont gérés par deux fonds sous tutelle du MFSN, à savoir le Fonds d'Appui à la Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées (FARIPH) et le Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale (FASNAS). Le FASNAS, qui reçoit une dotation budgétaire de 100 millions de francs CFA par an, octroie quelques subventions d'appui à l'installation de jeunes artisans à leur « libération » du statut d'apprentis, ainsi que des secours aux mères de triplets. Le FARIPH, qui vient d'être créé, appuiera des activités génératrices de revenus en faveur de personnes handicapées. Ce fonds a reçu un budget annuel de 300 millions de francs CFA. Sous financement extérieur, les CPS fournissent aussi des « secours aux enfants malheureux », notamment la prise en charge sanitaire et scolaire des orphelins et enfants vulnérables (OEV) (achat de kits scolaires à l'école primaire, paiement des frais scolaires à l'école secondaire ou allocation de tuteurs pour assurer l'éducation des OEV).

Quelques partenaires au développement ont appuyé des **transferts en nature**, surtout sous forme d'appui alimentaire. Le Programme Alimentaire Mondial (PAM), par exemple, a lancé un projet d'appui nutritionnel aux ménages affectés par le VIH/SIDA (4 millions de dollars américains entre 2006 et 2009), afin de réduire l'impact de cette maladie sur le bien-être des ménages et d'améliorer la nutrition et l'état de santé des enfants et des mères, ainsi que des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ce programme vise 48.000 bénéficiaires à travers 29 centres de prise en charge (Gouvernement, PAM et UNICEF, 2009).

Le PAM a également soutenu un projet d'alimentation scolaire d'un montant de 18 millions de dollars en 2004-2008, qui vise la promotion de l'inscription scolaire, la rétention des enfants à l'école et l'amélioration de la performance scolaire. Le projet a été mis en œuvre dans 606 établissements, notamment dans les zones géographiques les plus défavorisées (Gouvernement, PAM et UNICEF, 2009). Cependant, selon des informations reçues par l'équipe de recherche, ce projet touche actuellement à sa fin.

L'analyse ci-dessus montre que les programmes de transferts (en nature ou en espèce) sont à la fois de petite envergure et/ou dépendants de l'aide internationale, qui par sa nature est imprévisible et ne peut pas garantir la pérennité des actions financées. Dans le cas des transferts octroyés par le MFSN, ils sont aussi très limités dans le temps. En fait, l'article 3 du décret sur les secours aux indigents stipule que « les secours ne peuvent en aucune façon revêtir un caractère permanent ou viager ». La législation béninoise ne prévoit pas encore d'appuis à plus long terme dans l'optique de renforcer les capacités des personnes ou ménages afin qu'ils puissent se prendre en charge sur une base durable et sortir effectivement de leur situation de haute vulnérabilité. Le Bénin n'a pas encore considéré non plus l'option d'établir un système de pensions de vieillesse non-contributives, à l'instar de quelques pays d'Afrique australe.

## **6.3 Services d'action sociale**

L'État a une obligation non seulement de donner des secours monétaires ou en nature mais aussi d'offrir des services de soutien de type psychosocial à ceux qui en ont besoin, ainsi que des mesures de prévention et de réponse aux incidents d'abus, de violence et d'exploitation, problèmes qui affectent surtout les enfants et les femmes mais aussi les personnes handicapées et les personnes âgées. Au Bénin, ces types de services sont généralement connus comme services de l'action sociale.

Au Bénin, ces services sont fournis par un grand nombre d'organismes étatiques, confessionnels et non gouvernementaux, souvent avec l'appui financier de bailleurs de fonds bilatéraux ou d'agences internationales, ce qui les rend fragmentés, mal coordonnés et difficiles à pérenniser. Les services publics, qui sont de portée limitée, en raison des contraintes de capacité et de financement (voir le chapitre 7), sont gérés principalement par le Ministère de la Famille et de la Solidarité (MFSN), notamment à travers les 84 Centres de Promotion Sociale (CPS), qui sont chargés du soutien des personnes en difficulté dans leurs localités. Il y a un CPS dans chacune des 77 communes, avec des centres additionnels à Cotonou et à Porto-Novo. Il existe aussi 25 Services Sociaux Spécialisés (SSS) liés à d'autres structures étatiques comme les hôpitaux. D'autres ministères et agences étatiques sont également impliqués dans leurs domaines spécifiques. Par exemple, la Police Nationale a établi la Brigade de la Protection des Mineurs, qui s'occupe de la lutte contre la traite des enfants, et le service d'adoption est sous la responsabilité du Ministère de la Justice. Quant aux infrastructures physiques, comme les centres d'accueil et de réhabilitation pour les personnes en difficulté, ceux-ci sont plutôt de caractère non gouvernemental, sauf trois centres de formation pour les personnes handicapées gérés par le MFSN. En général, il existe un grand écart entre la demande pour les services sociaux et le nombre de personnel et les ressources financières disponibles pour répondre aux besoins.

### **6.3.1 Les services d'action sociale des CPS et des SSS**

Le CPS est la structure qui met en œuvre les programmes de protection sociale du MFSN au niveau local. Il s'occupe de la prévention des problèmes sociaux, ainsi que de la réponse à ces problèmes, notamment sous forme de gestion de cas individuels. Cependant, selon des informations anecdotiques, le manque de ressources humaines et financières fait en sorte que chaque CPS ne puisse travailler que sur environ 60 à 70 cas individuels par mois. Cet appui aux individus en situation de difficulté consiste surtout en des « secours » en espèces ou en nature déjà discutés dans la section précédente, ainsi que la prestation d'aide psychosociale aux individus vulnérables. Le CPS met en œuvre d'autres programmes spécifiques, comme la surveillance pondérale des enfants, quand il existe des ressources. Il entreprend aussi des programmes de sensibilisation autour de thèmes comme l'obtention des actes de naissance, les vaccinations et les droits de l'enfant. Quelques CPS ont pu développer des systèmes originaux de soutien aux familles au niveau communautaire, comme les « espaces parents », où plusieurs couples avec des expériences différentes de la vie familiale font l'échange d'informations et d'idées. La composition et l'intensité du travail varient au cours de l'année, notamment parce que le CPS doit s'occuper plus des OEV pendant l'année scolaire.

Le plus grand défi auquel les CPS doivent faire face est celui de maintenir sa gamme de programmes et services dans un contexte d'insuffisance de ressources (humaines et financières), contrainte discutée plus en détail dans le chapitre 7. Dans certaines communes, les CPS ont développé des mécanismes de collaboration avec d'autres acteurs comme les chefs d'arrondissement, les maires et les enseignants, pour les enquêtes sociales sur la situation des individus en difficulté ou pour d'autres activités conjointes. Dans quelques endroits ont été créés des comités communaux, comme par exemple des comités de lutte contre la traite des enfants. Depuis 1999 le MFSN a établi des comités de protection de l'enfant dans 28 communes avec l'assistance de l'UNICEF, surtout dans les zones où il y a un risque élevé d'exploitation des

enfants. Néanmoins, même avec l'aide de ces structures, le seul agent de l'action sociale du CPS n'a pas la possibilité physique d'atteindre avec régularité les dizaines de villages de la commune qui en principe devraient être couverts, ni d'effectuer un processus actif d'identification des personnes vulnérables.

Quant aux SSS, ils opèrent au même niveau que les CPS mais sont installés dans d'autres structures comme la Gendarmerie Nationale, l'Université National du Bénin et les hôpitaux. Ils offrent des services sociaux pour certaines catégories de la population comme les malades sans moyens et les prisonniers. L'équipe de recherche n'a pas pu obtenir de données sur le nombre de personnes aidées par ces services mais, selon l'information reçue, les bénéficiaires sont peu nombreux et se trouvent surtout dans les zones urbaines.

### 6.3.2 La prise en charge alternative des enfants

La prise en charge alternative des enfants devrait constituer une partie importante du travail du CPS. Selon les engagements du Bénin sous la Convention relative aux Droits de l'Enfant, l'Etat doit tenter d'abord de garder l'enfant dans sa famille biologique, avec l'assistance nécessaire pour assurer le bien-être de l'enfant, et, si cela s'avère impossible, de trouver un placement dans une famille alternative. Les placements hors du cadre familial devraient servir seulement de dernier ressort dans les cas où un placement familial est impossible. Quelques orphelinats et structures d'accueil au Bénin ont commencé des programmes visant la réinsertion d'enfants dans des familles, mais de tels programmes ne sont pas encore systématiques et il reste un grand nombre d'enfants privés de cadre familial. En 2006, le Comité des Droits de l'Enfant des Nations-Unies a exprimé « sa préoccupation face au nombre élevé d'enfants ayant besoin d'une protection de remplacement, à l'insuffisance de la capacité des structures de protection de remplacement et au manque de soutien pour les structures existantes » (ONU-CDE, 2006, page10).

Le Bénin n'a aucun orphelinat étatique. Tous les orphelinats sont établis et gérés par ONG, organisations religieuses ou individus privés. Ces institutions ne sont pas réglementées et peuvent s'ouvrir sans l'autorisation de l'Etat. En 2007, la Direction de la Famille du MFSN a effectué un recensement des orphelinats et structures d'accueil pour les enfants en situation difficile, qui a identifié 88 institutions, employant plus de 700 personnel, qui s'occupaient de près de 4.700 enfants (voir le Tableau 6.2). Au cours du recensement, les chercheurs ont identifié 31 institutions dont ils ont recommandé le placement « en observation » régulière par les CPS à cause de la mauvaise qualité des conditions d'accueil. Pourtant, d'autres institutions étaient considérées comme 'crédibles' par rapport aux normes internationales.

**Tableau 6.2 Orphelinats et structures d'accueil pour enfants en situation difficile, 2007**

| Département           | Institutions | Enfants      | Personnel  | dont ceux 'en observation' |              |            |
|-----------------------|--------------|--------------|------------|----------------------------|--------------|------------|
|                       |              |              |            | Institutions               | Enfants      | Personnel  |
| Atlantique / Littoral | 17           | 862          | 159        | 6                          | 260          | 35         |
| Atacora / Donga       | 16           | 1.028        | 123        | 6                          | 259          | 11         |
| Borgou / Alibori      | 10           | 590          | 85         | 2                          | 40           | 7          |
| Mono / Couffo         | 18           | 693          | 106        | 7                          | 258          | 42         |
| Ouémé / Plateau       | 14           | 457          | 98         | 4                          | 134          | 25         |
| Zou / Collines        | 13           | 1.068        | 138        | 6                          | 298          | 37         |
| <b>Totale</b>         | <b>88</b>    | <b>4.698</b> | <b>709</b> | <b>31</b>                  | <b>1.249</b> | <b>157</b> |

Source: MFSN (2007).

Le nombre d'orphelinats est en état constant de flux et pas toutes les institutions sont connues des autorités nationales. Un nouveau recensement est actuellement en cours. Le Ministère considère que l'ouverture des orphelinats est déterminée par des facteurs économiques plutôt que par les besoins: il y a quelques localités où il en existe plusieurs, alors que dans d'autres régions ils sont moins visibles. Parmi les défis à aborder dans ces institutions, le Ministère cite le manque d'espace et le taux élevé de rotation du personnel, qui est constitué en grande partie de bénévoles, restant peu de temps avant de s'en aller.

La priorité de la Direction de la Famille pour l'année 2010 est de mettre en place des normes pour les institutions et éventuellement de renforcer celles-ci avec un cadre législatif. La Direction a une ligne budgétaire pour l'appui, y compris l'alimentation, aux institutions qu'elle connaît, ce qui lui permet d'exercer une certaine influence sur la gestion des orphelinats. En 2009, elle a donné de l'appui à 24 orphelinats.

L'adoption des enfants est perçue comme processus juridique plutôt que sous l'angle de la protection sociale. Le système d'adoption est géré par le Ministère de la Justice et, en raison de la faible coordination interministérielle, le MFSN n'a pas de renseignements sur le nombre d'enfants adoptés ou sur leurs conditions de vie. En 2006, le Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unies a exprimé son inquiétude face au manque d'information et de données concernant les adoptions internationales et nationales, y comprise celles de nature «informelle», ce qui empêche les autorités gouvernementales d'être sur que les meilleurs intérêts de l'enfant soient pris en compte pendant le processus d'adoption. Il sera important pour le MFSN d'élaborer des mécanismes efficaces de suivi des enfants adoptés.

### **6.3.3 La lutte contre la traite et le travail des enfants**

La traite des enfants, alimentée par la situation de pauvreté monétaire et l'abus du système traditionnel de confiage, est reconnue comme un des problèmes les plus pressants de la protection de l'enfant au Bénin. Une étude du MFSN, alors Ministère de la Famille et de l'Enfant (MFE), et de l'UNICEF a estimé que plus de 40.000 enfants de 6 à 17 ans résidant au Bénin en 2006 avaient été victimes de la traite, dont 15.000 pendant l'année précédant l'enquête (MFE, 2007)<sup>23</sup>. Beaucoup d'entre eux viennent de familles pauvres et 70% n'ont jamais été scolarisés. En général, ils font du travail domestique ou du commerce (surtout dans le cas des filles), ou bien des activités agricoles (dans le cas des garçons), souvent sans jours de repos.

Le Bénin a ratifié plusieurs conventions internationales sur la lutte contre la traite des enfants et les principes internationaux sont reflétés dans le cadre juridique national<sup>24</sup>. Vu la nature internationale du phénomène il n'est pas surprenant que beaucoup d'institutions internationales s'intéressent à la résolution de la situation. L'UNICEF et le BIT ont promu des programmes d'éducation et de sensibilisation autour du thème de la traite des enfants, aussi bien que des activités visant le renforcement de la capacité des autorités nationales pour la suppression de la traite et pour l'accueil et la réhabilitation des victimes. D'autres partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux versent des fonds dans de tels programmes, souvent à travers des organisations de la société civile. Une centaine d'ONG internationales et nationales travaillent dans la prévention de la traite et dans la protection et la réinsertion des enfants victimes (MFE, 2007). Leurs services comprennent souvent la prise en charge de l'éducation des enfants, soit dans le système formel de l'enseignement soit dans des centres alternatifs pour ceux qui n'ont jamais fréquenté l'école, ainsi que la réunification familiale.

---

<sup>23</sup> L'étude a défini comme 'victime de la traite' un enfant qui a changé de lieu de résidence, sans l'un ou l'autre de ses parents, à des fins d'exploitation, y compris l'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, l'esclavage ou la servitude.

<sup>24</sup> Voir MFE (2007), section 5, pour une liste complète des accords signés et de la législation en vigueur.

Au niveau du gouvernement national, les actions de suppression de la traite se trouvent plutôt au niveau des structures du Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité Publique et des Collectivités Locales, notamment la Gendarmerie Nationale, la Police Nationale et sa Brigade de la Protection des Mineurs. Ces structures mettent l'accent sur l'interception des enfants et sur la poursuite des trafiquants plutôt que sur la prévention ou la réinsertion des victimes. Cependant, la Brigade de Protection des Mineurs opère un centre de transit qui abrite des enfants victimes d'abus, y compris de la traite, pendant une courte période. A part ce centre, qui a une capacité de 60 enfants, la plupart des services d'appui pour les enfants victimes de la traite sont menés par les ONG.

Le MFSN pour sa part s'occupe de la politique dans ce domaine et a élaboré un plan d'action de lutte contre la traite des enfants qui est aligné sur la Politique et stratégies de protection de l'enfance au Bénin, élaborées en 2007 (Maa'la M'jid, 2007a et 2007b). Le Ministère a approuvé le plan d'action mais attend que la stratégie elle-même soit approuvée avant de la distribuer. Les structures du MFSN au niveau local participent aux comités de lutte contre la traite des enfants, qui ont été créés depuis 1999 et qui étaient au nombre de 1.441 au moment de l'enquête du MFE en 2006 (MFE, 2007). L'équipe de recherche n'a pas pu identifier combien de ces centres sont opérationnels, ni l'évolution de leur compétences: une évaluation des comités en 2004 a cité de nombreux défis, y compris des faiblesses de coordination, de formation et d'incitation financière, pour faire face à la traite.

Le fléau du travail des enfants, bien que souvent lié à la traite des enfants, entre plutôt dans le mandat du Ministère du Travail et de la Fonction Publique, notamment de sa Direction Nationale du Travail (DNT). Les actions entreprises pour combattre ce phénomène sont menées par la DNT avec l'appui du programme IPEC du BIT, qui vise, entre autres objectifs, l'action directe de retrait des enfants du travail et leur réhabilitation. D'autres acteurs impliqués dans ce travail incluent l'UNICEF et de plusieurs ONG, parmi lesquelles Plan Bénin, Empower et Terre des Hommes.

#### **6.3.4 Les services pour les OEV**

Le MFSN a pour objectif d'assurer la coordination d'activités de prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et des orphelins et enfants vulnérables (OEV). Une politique a été élaborée qui catégorise les OEV selon leur degré de vulnérabilité et définit les volets principaux de soutien psychosocial (République du Bénin, 2006c). La politique est accompagnée d'un plan d'action 2006-10 qui inclut aussi la prise en charge éducative et sanitaire de 13.000 orphelins, soit 5% de ceux qui ont perdu au moins un parent selon l'Enquête Démographique et de Santé de 2006. Le gouvernement travaille avec l'UNICEF, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et des ONG comme l'Action Sociale pour atteindre cet objectif. Une évaluation du programme est maintenant en cours. Selon des informations préliminaires, le programme a pu atteindre quelques milliers d'OEV, par exemple en leur fournissant des kits scolaires. Mais la traduction du cadre théorique de catégorisation des OEV dans des activités concrètes reste un défi à aborder. En plus, il reste beaucoup d'enfants qui sont orphelins ou vulnérables mais qui ne sont pas affectés ou infectés par le VIH/SIDA et qui donc ne bénéficient pas de ce programme de prise en charge psychosociale des OEV. L'UNICEF et ses partenaires sont en train de discuter l'élargissement des critères pour l'assistance.

#### **6.3.5 Les centres pour les personnes handicapées**

Les trois centres sous la tutelle de la Direction de la Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées (DRIPH) du MFSN, à savoir les Centres de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées (CFPPH) à Akassato et à Péporiyakou et le Centre de Promotion Sociale des Aveugles de Ségbéya (CPSA), sont chargés de l'éducation et de la formation professionnelle des personnes handicapées afin de les aider à trouver un métier et à jouir d'une meilleure indépendance. Les centres atteignent seulement quelques dizaines des 172.000 personnes handicapées identifiées dans le recensement général du 2002, un chiffre qui lui-même

est considéré comme étant assez prudent et qui ne prend pas en compte l'accroissement considérable de la population depuis cette période. Le MFSN aimerait ouvrir de tels centres dans chaque département afin de répondre aux besoins d'un plus grand nombre de bénéficiaires potentiels. Mais cela nécessiterait le recrutement de personnel qualifié additionnel, ainsi que l'augmentation des ressources financières.

Le programme le plus répandu est le Programme National de Réadaptation à Base Communautaire (PNRBC) qui, depuis 1989, offre des programmes de formation aux personnes handicapées dans 31 localités. Au début il était financé par les ressources des communes, mais il est devenu par la suite un des programmes du MFSN. Jadin (2004) note que près de 2.000 personnes participent au programme et que des milliers d'autres sont passés par le programme. Néanmoins, en 2004, « les programmes publics et privés en faveur des personnes handicapées sont rares et leur capacité d'action très faible par rapport aux besoins des personnes handicapées » (Jadin, 2004, page 10).

L'étude de Jadin constate que, malgré la petite envergure des programmes publics en faveur des personnes handicapées, plus de 90% de ceux qui sont en âge de travailler disent qu'ils ont une activité génératrice de revenus, ce qui suggère qu'ils réussissent à atteindre un certain niveau d'autonomie économique, peut-être avec des soutiens familiaux.

### **6.3.6 Appui aux personnes âgées**

Le Gouvernement a adopté le Plan National pour le Vieillessement Actif 2007-2016, qui a établi comme objectifs la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées, la réduction de la pauvreté des personnes âgées, le renforcement de l'implication des personnes âgées dans le processus de développement, l'inclusion sociale des personnes âgées et l'amélioration des connaissances socio-économiques et démographiques sur les personnes âgées ainsi que sur leurs besoins.

Dans la pratique, l'activité principale du Gouvernement dans ce domaine, mise à part l'aide directe à personnes âgées indigentes, est l'appui du MFSN aux structures de prise en charge des personnes âgées, gérées principalement par des organisations confessionnelles et des entités privées. A ces centres d'accueil de personnes âgées au niveau des départements le gouvernement octroie annuellement des subsides en nature et en numéraire. Le MFSN octroie aussi quelques subsides aux associations de personnes âgées, comme la Fédération Nationale des Organisations des Retraités du Bénin, qui regroupe environ 27 organisations, ainsi que la Fraternité Papito Mamita (FRAPAMA), organisation pour les loisirs des personnes âgées, et l'Université du 3<sup>ème</sup> Age (U3A), qui entretient des centres d'écoute et de dialogue entre jeunes et personnes âgées.

### **6.3.7 Le plaidoyer**

Une grande partie du budget du MFSN est consacrée aux campagnes d'information et de sensibilisation dans le domaine de la protection sociale. Le Ministère organise la traduction en langues locales des lois et des politiques concernant les droits de l'Homme et la protection de l'enfant et organise des activités éducatives au niveau communautaire, par exemple sur la planification familiale. Il organise aussi des événements pour la commémoration des journées internationales de la famille, de la femme et de l'enfant, utilisant la publicité à propos de ces journées pour promouvoir divers aspects de la protection sociale, bien qu'il soit difficile d'évaluer la portée ou l'efficacité de ces campagnes.

## **6.4 Mesures de gratuité dans les secteurs sociaux**

La gratuité dans les secteurs de la santé et de l'enseignement peut être comprise comme mesure de protection sociale dans le sens qu'elle a l'objectif de surmonter les barrières financières qui entravent l'accès des pauvres aux services sociaux. Le Bénin a aboli les frais scolaires au niveau de l'enseignement maternel et primaire, au moins partiellement, en vue de promouvoir les objectifs de l'éducation pour tous (et les OMD 2 et 3). Dans le secteur de la santé, la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans avait été annoncée par le Chef de l'État en décembre 2006 mais n'a pas encore été mise en application. Des mesures de gratuité plus restreintes ont été adoptées, notamment pour le traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose, pour les césariennes et pour quelques services préventifs.

### **6.4.1 Gratuité de l'enseignement maternel et primaire**

Le mouvement vers l'abolition des frais scolaires dans les enseignements maternel et primaire a été amorcé au début des années 90, afin de lever les obstacles financiers à la scolarisation, surtout des filles (République du Bénin et UNICEF, 2009). A partir de la rentrée d'octobre 1993, le gouvernement a annoncé l'exonération pour les filles du paiement des frais scolaires des écoles des communes rurales. Cette mesure a conduit à l'accroissement des inscriptions de filles dans les écoles rurales, mais, faute de mesures suffisantes d'accompagnement, elle a aussi entraîné l'amenuisement des ressources des écoles et, par voie de conséquence, la réticence de nombreux établissements scolaires à accepter des inscriptions additionnelles.

Pour faire face à ses effets secondaires non attendus, le gouvernement a décidé d'appliquer, à partir de la rentrée d'octobre 2000, une gratuité plus large accompagnée des transferts de fonds aux écoles. Ainsi furent supprimés les frais scolaires obligatoires pour tous les enfants de l'enseignement primaire. Les écoles furent compensées par l'octroi de subventions, à hauteur de 3.000 francs CFA par élève en milieu urbain et 2.000 francs CFA par élève en milieu rural. Mais l'insuffisance des subventions a conduit les écoles à imposer de nouvelles cotisations aux familles, dont le non paiement entraînait le renvoi automatique des élèves. Par conséquent, il y a eu un faible accroissement des effectifs au cours de la première moitié de la décennie.

Des statistiques de 2005/2006 montrent l'importance des inégalités dues aux différences de niveau de vie des ménages. Selon le Rapport du Système Educatif National (Gouvernement, UNESCO et Banque Mondiale, 2008), les enfants issus des ménages les plus pauvres (premier quintile de niveau de vie) avaient deux fois moins de chances d'achever le cycle primaire que les enfants issus des ménages plus aisés (dernier quintile). De plus, pour dix garçons scolarisés dans le primaire, on ne comptait que huit filles. Les disparités géographiques (entre départements et milieux urbain et rural) restaient très fortes, surtout au préjudice des enfants vivant dans le département de l'Alibori.

Face à la persistance du défi de l'équité éducative, la politique de la gratuité a été renforcée davantage en octobre 2006. Le gouvernement a annoncé la suppression de toutes sortes de frais scolaires obligatoires au niveau de l'enseignement maternel et primaire et des mesures d'accompagnement plus importantes que précédemment. En effet, six mesures ont été mises en œuvre, avec l'appui des partenaires techniques et financiers : la prise en charge des salaires de plus de 10.000 enseignants communautaires précédemment payés par les communautés ; l'octroi de subventions directes aux écoles en fonction du nombre de groupes pédagogiques (à hauteur de 160.000 francs CFA par groupe) pour la prise en charge des dépenses de fonctionnement des écoles ; le financement de la construction et la réhabilitation de nombreuses écoles ainsi que l'acquisition d'équipements et meubles scolaires; la fourniture gratuite de manuels scolaires de mathématiques et français; la création de cantines scolaires (avec l'appui du Programme Alimentaire Mondial) ; et le renforcement de la formation des enseignants à travers l'ouverture de

six nouvelles écoles normales pour la formation initiale et la prestation d'une formation qualifiante aux enseignants communautaires déjà en poste dans les écoles (avec l'appui de l'UNICEF).

Ces mesures ont permis d'inscrire 150.000 enfants supplémentaires dans les cours d'initiation pendant les deux premières années de mise en œuvre. Le taux brut d'admission (dans l'enseignement primaire) a évolué de 109% en 2005/2006 et 143% en 2007/2008 et le taux brut de scolarisation primaire a augmenté de 93% à 104% (voir Tableau 6.3). Cependant, la détérioration du taux d'achèvement, indicateur clef du rendement interne du système d'enseignement, de 65,3% à 60,6% pendant cette même période, révèle les défis encore à relever dans l'opérationnalisation de la politique de la gratuité (République du Bénin et UNICEF, 2009).

**Tableau 6.3 Indicateurs de l'enseignement primaire**

|                            | <b>2005/2006</b> | <b>2006/2007</b> | <b>2007/2008</b> |
|----------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Taux brut d'admission      | 109,0            | 119,3            | 143,0            |
| Taux brut de scolarisation | 93,0             | 98,5             | 104,3            |
| Taux d'achèvement          | 65,3             | 66,3             | 60,6             |

Source: République du Bénin et UNICEF (2009).

Ces défis se posent aux deux côtés de l'offre et de la demande. Au niveau de l'offre et de la qualité de l'enseignement, le gouvernement souligne l'insuffisance de salles de classe, d'équipements et d'enseignants face à la pression démographique des enfants en âge scolaire<sup>25</sup> ; des contraintes de financement pour la poursuite de la formation qualifiante des enseignants communautaires ; les retards dans le décaissement des subventions allouées aux écoles pour les dépenses de fonctionnement ; l'absentéisme et les grèves fréquentes des enseignants ; et la lenteur des procédures de passation des marchés publics pour la construction et la réhabilitation.

Cependant, la détérioration du taux d'achèvement peut s'expliquer aussi par les contraintes financières qui pèsent toujours sur les ménages pauvres en dépit de l'application de la politique de la gratuité. Quelques frais importants restent en place, notamment ceux pour les uniformes scolaires, les fournitures scolaires et les examens pour le certificat d'études primaires (CEP), ainsi que les cotisations informelles ou officieuses qui sont toujours imposées par beaucoup d'écoles.<sup>26</sup> En outre, la distribution gratuite de manuels scolaires est suspendue depuis l'année scolaire 2006/2007, dû au fait que cette mesure n'est plus financée par l'USAID.<sup>27</sup> La revue à mi-parcours du Plan Décennal du Développement du Secteur de l'Education 2006-2015 (Présidence, 2006), qui a lieu en 2010, fournit une occasion à ne pas manquer pour évaluer les faiblesses constatées et proposer des mesures de réponse.

Pour les ménages les plus pauvres, les coûts d'opportunité (le coût du temps de travail perdu par la fréquentation scolaire) peuvent être un facteur supplémentaire qui pousse les familles à retirer

<sup>25</sup> Au rythme de croissance démographique actuel, la population âgée de 6 à 11 ans (scolarisable au cycle primaire) augmentera de 33% entre 2006 et 2017. Ce sont au moins 1,9 millions d'enfants qu'il faudra scolariser au cycle primaire contre 1,5 millions scolarisés en 2006/2007 (Gouvernement, UNESCO et Banque Mondiale, 2008).

<sup>26</sup> L'UNICEF appuie la distribution gratuite d'uniformes et de fournitures scolaires aux enfants dans 18 communes avec les pires indicateurs éducatifs. Bien que tous les enfants dans ces communes bénéficient du programme, les enfants les plus vulnérables (environ 25% des effectifs) sont sélectionnés pour recevoir un « kit complet » plus ample que celui distribué aux autres. Selon l'UNICEF, quelques difficultés ont été rencontrées dans la sélection, qui est décidée par les directeurs des écoles, les enseignants et les « médiatrices » (personnes désignées pour faire l'interface entre les écoles et les communautés).

<sup>27</sup> Le gouvernement alloue aussi quelques fonds pour la prise en charge des frais de manuels scolaires et de fournitures scolaires pour des enfants défavorisés.

leurs enfants de l'école. Des mesures supplémentaires de renforcement de la capacité financière des ménages, par exemple la mise sur pied d'un programme de transferts en espèces, seraient nécessaires pour relever ce défi.

#### **6.4.2 Gratuité dans le secteur de la santé**

A l'instar de la plupart des pays africains, le Bénin a instauré le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé, à travers l'imposition de frais d'utilisation des services, dans le contexte des politiques d'ajustement structurel mises en application dans les années 80 et 90. Lié à l'objectif de la « participation communautaire », au cœur de la stratégie de l'Initiative de Bamako de 1987, le recouvrement des coûts était censé doter les structures sanitaires des fonds nécessaires pour leur bon fonctionnement et la prestation de soins de santé primaires de qualité. Bien que ces innovations aient apporté quelques améliorations au système de santé, l'abolition de la gratuité a porté préjudice à l'accès des pauvres aux services sanitaires, contribuant ainsi aux faibles taux de fréquentation des centres de santé.

Dans ce nouveau cadre de financement du système de santé, les services sociaux, qui avaient toujours été chargés de s'occuper des indigents, y compris de leur santé, se sont vite montrés incapables de répondre aux besoins sanitaires des indigents, par manque de moyens. Une étude conduite en 2003-2004 (MSP, 2004) a tracé le processus qui a abouti à la création du fonds sanitaire des indigents en 2000 :

« Dans le secteur de la santé, c'est de façon implicite et par la force des choses que, confrontées au quotidien à la demande de soins par les indigents, les formations sanitaires ont commencé de façon non codifiée de prendre en charge sur leurs propres budgets les soins des indigents. C'est bien récemment en 2000 qu'à la faveur des campagnes d'éveil des consciences pour la lutte contre la pauvreté, et dans le souci d'améliorer l'accès des démunis et des plus vulnérables aux prestations sanitaires et soulager leur misère, le gouvernement a pris pour la première fois une initiative spécifique d'envergure en faveur des indigents .» (pages 26-27)

Le fonds sanitaire des indigents a été établi en juin 2000, pour rendre les services sanitaires gratuits aux personnes incapables de supporter les frais des soins, et il a été doté d'un budget annuel de 1 milliard de francs CFA, allocation qui a été reconduite chaque année au même niveau jusqu'à ce jour. Les taux d'exécution des crédits mis à la disposition du fonds avoisinent souvent les 100%, bien que le taux soit descendu à 83,8% en 2008 (MS, 2009).

L'étude citée ci-dessus, commanditée par le Ministère de la Santé en 2003 pour évaluer la mise en œuvre du fonds et pour proposer des mesures d'amélioration de son efficacité, n'a pas hésité à décrire une réalité inquiétante :

« On note un grand vide en matière de structures et de modalités officielles de prise en charge sanitaire des indigents. A l'opposé, on est frappé par la réalité de la pauvreté et de l'indigence des populations et par l'intensité de la demande de prise en charge exprimée. La réalité est que cette forte demande de soins de santé par les indigents reste encore insatisfaite pour une bonne part....Toujours est-il qu'au niveau des structures de prise en charge des indigents, il y a de l'amertume, l'extériorisation d'une impression de fuite de responsabilité, d'abandon et de démission des pouvoirs publics, face à une responsabilité qui est d'abord la leur.

Malgré la décision de l'Etat d'ouvrir une ligne budgétaire depuis peu pour s'occuper de la santé des indigents, la situation de la prise en charge des indigents n'a pas encore changé. » (page 33)

Les auteurs ont noté que, « sur tout le parcours des présentes investigations à l'intérieur du pays, l'occasion ne nous a pas été donnée de rencontrer un indigent qui ait bénéficié du fonds public d'appui destiné aux indigents...De même aucun des entretiens menés avec les acteurs de la prise en charge des indigents en périphérie et avec les indigents eux-mêmes n'a témoigné de l'utilisation effective du fonds à l'avantage des indigents... » (page 43). En effet, l'étude a montré que le fonds a été utilisé en partie pour supporter les frais de quelques soins très coûteux, comme l'hémodialyse, et pour les évacuations sanitaires, en faveur d'un petit nombre de bénéficiaires, notamment à Cotonou, au lieu de rendre les soins primaires de santé accessibles à un nombre plus large de personnes indigentes.

L'étude a conduit à l'adoption d'un arrêté interministériel en 2005 qui a institué quelques réformes dans la gestion du fonds sanitaire des indigents (MSP et MFE, 2005). L'arrêté a défini les soins éligibles pour prise en charge par le fonds, tout en excluant spécifiquement la prise en charge des personnes victimes d'affections graves, chroniques et onéreuses, y compris le VIH/SIDA, et des soins tel que l'hémodialyse, ainsi que les évacuations sanitaires à l'étranger. L'arrêté a aussi défini le barème de tarifs maximum pour les divers frais et a été accompagné d'un manuel de procédures pour l'utilisation du fonds (MSP, 2005b). Le Ministère de la Santé a réussi à étendre le fonds à tout le territoire national à partir de 2007.

Malgré ces améliorations, l'envergure du fonds reste assez limitée par rapport au niveau de pauvreté et aux barrières financières d'accès aux soins. Dans l'année 2007, seulement 10.932 personnes ont bénéficié du fonds, dont 3.276 enfants et 4.715 femmes (voir le Tableau 6.4).

**Tableau 6.4 Dépenses et bénéficiaires du fonds sanitaire des indigents**

|      | Dépenses (millions de francs CFA) |                 |                          | Bénéficiaires |        |         |        |
|------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|---------------|--------|---------|--------|
|      | Crédit alloué                     | Crédit consommé | Taux de consommation (%) | Hommes        | Femmes | Enfants | Total  |
| 2006 | n.d.                              | n.d.            | n.d.                     | 2.068         | 3.537  | 1.491   | 8.276  |
| 2007 | 1.108                             | 949             | 88,7                     | 2.941         | 4.715  | 3.726   | 10.932 |
| 2008 | 1.175                             | 984             | 83,7                     | n.d.          | n.d.   | n.d.    | n.d.   |

Source: MS (2008a, 2009c).

Comme il a été déjà mentionné ci-dessus, le chef de l'Etat a annoncé, en décembre 2006, une politique de gratuité beaucoup plus large, en faveur de tous les enfants de moins de 5 ans. Suite à une étude de faisabilité (Scen Afrik, 2008), le Ministère de la Santé a conclu que le coût « onéreux » d'une telle mesure ne permettait pas sa mise en œuvre, au moins dans le court terme. Cependant, l'étude de Scen Afrik, qui a estimé les coûts directs à hauteur de 15 à 26 milliards de francs CFA par an, soit entre 1,5% et 2,5% du budget annuel de l'Etat, avait conclu que « l'initiative est toutefois financièrement faisable si les décideurs en font véritablement une priorité » (page 6).

Le gouvernement a décidé par contre d'introduire la gratuité des césariennes, en adoptant le décret 2008-730 du 22 décembre 2008. En mars 2009, le gouvernement a créé l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC) et, en mai 2009, un arrêté ministériel a établi la liste des hôpitaux agréés pour la gratuité de la césarienne (tous les 29 hôpitaux publics et 14 hôpitaux du secteur privé confessionnel ou associatif). Pour préparer la mise en œuvre efficace, des kits de césarienne ont été pré-positionnés dans les structures hospitalières. Dans les neuf

premiers mois de mise en œuvre, à partir du 1 avril 2009, l'ANGC a remboursé aux hôpitaux les frais pour 9.383 césariennes. Néanmoins, on a constaté des insuffisances graves en personnel qualifié et en équipements et matériels techniques, ainsi que des délais dans l'acheminement et le traitement des dossiers pour le remboursement (MS, 2010).

La gratuité de la césarienne est censée éviter l'appauvrissement des ménages qui autrement se trouveraient obligés de supporter les frais de cette intervention relativement coûteuse (100.000 francs CFA en moyenne). Cependant, comme mesure de réduction de la mortalité maternelle, elle est de portée limitée, compte tenu du nombre assez faible de césariennes -- environ 17.000 par an selon Kessou et al (2009). L'extension de la gratuité aux accouchements normaux et à d'autres soins obstétricaux d'urgence aurait un impact beaucoup plus large sur la mortalité maternelle et la mortalité néonatale.

Mis à part les césariennes, la gratuité se limite actuellement à quelques services de santé préventive, tels que le programme élargi de vaccinations, le déparasitage, la supplémentation en vitamine A et la distribution de moustiquaires imprégnées, et au traitement de certaines maladies chroniques, notamment le VIH/SIDA et la tuberculose, avec un fort appui financier de l'extérieur. Le traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose est entièrement gratuit, couvrant les examens, les médicaments et l'alimentation des patients.

Dans le contexte des préparatifs du RAMU, la question de l'extension de la gratuité reste entière, surtout en ce qui concerne l'accès au paquet essentiel de services maternels et infantiles. L'assurance et la gratuité sont des mesures complémentaires plutôt que des options alternatives, compte tenu des difficultés rencontrées dans les pays comme le Ghana pour couvrir les quintiles les plus pauvres par l'assurance, comme la section 6.1.4 a signalé.

## **6.5 Subventions**

Les subventions à la consommation constituent un transfert indirect afin de protéger le pouvoir d'achat des ménages, notamment dans le contexte de chocs inflationnistes. Les actions les plus significatives du gouvernement dans ce sens ont porté sur la crise de la hausse des prix alimentaires et énergétiques en 2007-2008.

Ainsi, au début du quatrième trimestre de 2007, le Gouvernement a été amené à prendre des mesures urgentes en faveur du maintien du pouvoir d'achat des populations en raison des hausses des prix alimentaires enregistrées sur les marchés béninois, conséquence de l'accélération de la hausse des prix au niveau mondial. Ces mesures, qui étaient appliquées sur une période de trois mois, ont porté sur la réduction de la valeur mercuriale de calcul des prélèvements douaniers sur les produits alimentaires (blé, farine, riz blanchi, lait, sucre, pâtes alimentaires et pâtes de tomates), l'octroi de crédits d'impôts à certains opérateurs, des appuis au secteur agricole, dont le Programme d'Urgence d'Appui à la Sécurité Alimentaire, pour la production d'urgence de vivriers à cycle court, et une subvention d'urgence à l'Office National de Sécurité Alimentaire (ONASA) pour la constitution d'un stock tampon de produits vivriers, notamment le maïs et le sorgho dans les zones de production ayant dégagé des excédents commerciaux. Le coût de la subvention allouée à l'ONASA a été estimé à 480 millions de francs CFA.

Ces mesures ont été étalées sur une courte période parce que la hausse des prix constatée était pour une large part un phénomène conjoncturel (MEF, 2008a). En outre, l'inflation constatée était plus locale qu'importée. En effet, en septembre 2007, sur un niveau d'inflation de 2%, 1,8% étaient dus aux produits locaux et 0,2% aux produits importés. Elle était essentiellement tirée par la hausse des produits agricoles et le niveau général des prix alimentaires a donc baissé avec la reprise de la production agricole.

Mais, il convient de mentionner que les produits subventionnés n'étaient pas ceux consommés principalement par les pauvres, mais plutôt ceux consommés par les ménages plus aisés. De ce fait, la constitution d'un stock tampon de produits vivriers, notamment le maïs et le sorgo dans les zones de production, semble plus pertinente pour le court et moyen terme pour les pauvres à condition qu'ils y aient vraiment accès. En fait, il est souvent difficile de subventionner les produits consommés par les pauvres dans les pays africains dû au fait que ces produits généralement ne sont pas importés et sont commercialisés dans le secteur informel. En outre, les subventions aux prix de produits agro-alimentaires ont des effets néfastes sur les marchés agricoles locaux et ainsi sur l'accroissement de l'offre intérieure de produits agricoles.

Au delà des produits alimentaires, Médédji (2009) a montré qu'une réforme marginale budgétairement neutre de la taxe sur la valeur ajoutée à la consommation des ménages peut profiter aux pauvres. Elle consiste à augmenter davantage la taxe sur un bien pour en subventionner davantage un autre ou des systèmes d'assurance sociale, dans le but de contribuer à faire baisser la pauvreté. Des résultats obtenus dans le cas du Bénin, il ressort entre autres que taxer davantage les boissons pour subventionner les produits énergétiques est socialement efficace en termes de réduction de la pauvreté. La subvention des produits d'habillement, d'hygiène et de soins corporels contribuent également à la réduction de la pauvreté. En outre, la taxation des huiles et corps gras alimentaires peut contribuer davantage à réduire l'incidence de la pauvreté, si ces ressources sont utilisées pour subventionner, les produits énergétiques (essence, gaz, allumettes et piles), les produits d'habillement, d'hygiène et de soins corporels. Cependant, de telles mesures supposent une structuration du secteur informel dans lequel les produits consommés par les pauvres sont en majorité échangés.

Conscient de la viabilité limitée des mesures fiscales et persuadé que la préservation de la sécurité alimentaire nécessite un véritable accroissement de l'offre de la production vivrière, le Gouvernement a opté pour des actions à moyen et long termes. Il s'agit, entre autres, de l'élaboration du projet d'appui aux jeunes entrepreneurs agricoles et du plan stratégique de relance du secteur agricole (voir aussi la section 6.6). Le coût des programmes agricoles susmentionnés est évalué à plus de 660 milliards de FCFA, actuellement hors de portée du budget national.

Quant à la crise énergétique qui a touché tous les pays de la sous-région et qui a coûté plus de 1,7 points de pourcentage de croissance à l'économie nationale en 2007 (MEF, 2008b), le gouvernement a également réduit les droits de douane. A fin juin 2008, le FMI a estimé le coût des mesures fiscales d'allègement des taxes à l'importation sur les produits alimentaires et énergétiques à l'équivalent de 1,5% du PIB. De façon générale, les mesures prises par le gouvernement pour contenir les prix intérieurs et pour amoindrir les effets néfastes de la crise énergétique sur la production ont fragilisé l'exécution du budget. En effet, les estimations faites par les services de l'administration situent à près de 65 milliards de francs CFA le coût des mesures susmentionnées au premier semestre de 2008 (équivalent à 2,2% du PIB), soit plus de 90 milliards de francs CFA depuis l'introduction des mesures dans le dernier trimestre de 2007.

Afin de lever la pression qui pesait sur les finances publiques, le Gouvernement a procédé à un premier relèvement des prix des produits pétroliers le 30 juin 2008. Ensuite, sur la base d'une analyse de scénarii alternatifs, le Conseil des Ministres pendant sa séance du 14 juillet 2008 a décidé d'ajuster à nouveau les prix des produits pétroliers. Toutefois, en dépit de cet ajustement, le pétrole lampant et le gaz domestique d'une part et le gasoil d'autre part continuent de bénéficier d'une subvention directe ou font l'objet d'un allègement fiscal. Le maintien de la subvention de ces produits participe ainsi à soutenir les couches les plus pauvres qui n'ont pratiquement pas d'autres alternatives en matière énergétique à part le bois et le charbon.

Dans tous les cas de figure, la nature de la réaction du gouvernement face à ces chocs conjoncturels dépend fortement de leurs ampleurs, de la proportion de la population touchée et des ressources financières requises. Le dernier facteur constitue cependant pour les pays pauvres

comme le Bénin, un facteur limitatif pour la mise en œuvre des stratégies de prévention, d'atténuation et de réaction contre ces types de risque. En outre, malgré le manque d'analyses sur ce sujet au Bénin, il semble que les mesures de subvention n'étaient pas bien ciblées. Une analyse coût-bénéfice, basée sur la composition de la consommation par déciles, aurait permis de prendre en compte non seulement le coût fiscal élevé des mesures prises mais aussi leur efficacité en termes de protection des déciles les plus pauvres de la population. En conclusion, la formulation de politiques de subvention des produits de consommation devrait prendre en compte les exigences de l'efficacité (le ciblage des produits) et de la soutenabilité budgétaire.

## **6.6 Promotion de l'emploi et des revenus**

Cette section aborde la sécurité des emplois et des revenus des ménages comme étant un des socles fondamentaux de la protection sociale. Le défi est de rendre les couches pauvres ou vulnérables capables de se prendre en charge, de sortir de leur situation ou état de vulnérabilité et de contribuer efficacement à la création de la richesse collective et nationale. Les politiques et stratégies de protection sociale les plus pertinentes sont, à notre sens, celles qui assurent une réduction significative du champ de l'assistance sociale en transformant, progressivement, les personnes vulnérables ou assistées en des actifs économiques capables de contribuer à la création de la richesse collective et nationale<sup>28</sup>. Cette vision proactive de la protection sociale appelle la promotion du travail décent et productif dans des conditions de liberté, d'équité, de sécurité et de dignité (BIT, 1999).

Sur une population potentiellement active estimée à 4,89 millions, selon l'Enquête modulaire intégrée sur les conditions de vie des ménages en 2007 (INSAE, 2009), le Bénin présente un taux d'activité global de 53%, avec une baisse remarquable de cet indicateur par rapport à 2006 où ce taux était de 62 %. La structure par groupe d'âge se caractérise par un fort pourcentage de personnes jeunes, avec 61% d'actifs ayant moins de 35 ans. La situation de l'emploi est caractérisée par une baisse tendancielle du taux de chômage (oscillant autour de 0,7% en 2007<sup>29</sup>), qui cache cependant un sous-emploi « visible » massif d'environ 70,53%. Le chômage et le sous-emploi frappent plus les jeunes, ainsi que les femmes. Constituant 51,4% de la population béninoise, selon le recensement de 2002, les femmes jouent un rôle clé dans la stabilité de la famille, l'éducation des enfants et la création de la richesse familiale, mais continuent de subir des pesanteurs socio-économiques et culturelles (faible accès au patrimoine de production dont la terre, faible valorisation du statut social, etc.). Leur vulnérabilité particulière appelle la nécessité d'une approche de genre dans les politiques et stratégies de promotion de l'emploi et des revenus au Bénin.

Pour réduire la forte portée de la vulnérabilité économique des jeunes et des femmes, le Gouvernement du Bénin a formulé et mis en œuvre plusieurs politiques, stratégies et mesures concrètes en appui à la promotion de l'emploi et des revenus. Dans cette section, nous décrirons, sommairement ces initiatives et apprécierons leur portée générale quant à la réduction de la vulnérabilité des ménages. Cette section n'abordera pas les politiques et initiatives plus larges de promotion de la croissance économique, qui vont au-delà du champ de la protection sociale, malgré leur intérêt évident pour la création d'emplois et l'accroissement des revenus.

### **6.6.1 Cadre politique et institutionnel**

Au cours des deux dernières décennies, l'État béninois a marqué son engagement politique à travers l'adoption de plusieurs documents ou instruments de référence internationale, dont le

---

<sup>28</sup> Cette approche conceptuelle de l'assistance sociale semble bien être partagée par la Direction Générale du Développement du Ministère de la Prospective, du Développement et de l'Évaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale.

<sup>29</sup> Rapport de synthèse EMICOV 2007

« Pacte mondial pour l'emploi » adopté par la Conférence internationale du Travail en juin 2009, la Charte africaine de la femme adoptée en 2006, la Convention 168 de l'OIT sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage (en 1988), l'Agenda pour un travail décent, etc. Au plan national, les stratégies de développement national comme « Bénin 2025 Alafia » et la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP) mettent un accent fort sur la création d'emplois. En fait, la SCRP 2007-2009 consacre le troisième de ses cinq axes à la promotion de l'emploi durable. Ces engagements ont été complétés par les actes du Forum National sur l'Emploi des Jeunes, tenu en mars 2007, la Charte Nationale pour l'Emploi au Bénin, adoptée en 2009, le Programme pays pour un travail décent 2010–2015 et, plus récemment, en février 2010, l'adoption de la Politique Nationale de l'Emploi et Plans d'Actions 2010-2014, fondés sur l'actualisation et la valorisation de la PNE antérieure (novembre 2008) et les acquis du Forum National sur l'Emploi. Il est également à noter la création, depuis les années 90, d'un environnement favorable à l'émergence et au développement du secteur de la microfinance comme pourvoyeur d'emplois et revenus pour un nombre important d'actifs économiques, en majorité du secteur informel.

En outre, le Gouvernement a établi, par décret n° 2 009-178 du 05 mai 2009, le Ministère Chargé de la Microfinance et de l'Emploi des Jeunes et des Femmes (MMEJF), qui exerce sa mission sur le volet emploi par l'intermédiaire de la Direction de la Promotion de l'Emploi (DPE) et des organismes, entreprises ou projets sous tutelle. Parmi ces derniers se trouve l'Agence Nationale pour l'Emploi (ANPE), créée par le décret n° 2003-224 du 07 Juillet 2003 à partir de trois anciennes structures du dispositif institutionnel de promotion de l'emploi au Bénin, ainsi que l'Observatoire de l'Emploi et de la Formation (OEF). Mis à part les structures technico-administratives des ministères et des structures d'appui à la création d'entreprises et de soutien à l'activité économique en vue de la promotion de l'emploi, se trouvent des structures de promotion des travaux d'utilité collective à haute intensité de main d'œuvre et des structures de financement des initiatives communautaires telles que l'Agence de Financement des Initiatives de Base (AGeFIB).

À travers ces structures, politiques et stratégies, l'État béninois a entrepris un grand nombre d'initiatives concrètes en appui à la promotion des emplois, surtout au profit des jeunes, ainsi que des initiatives de promotion des institutions de microfinance, de renforcement de la sécurité alimentaire et de développement communautaire. Ces initiatives seront discutées dans les sections qui suivent.

### **6.6.2 Portée de la microfinance dans la génération des revenus**

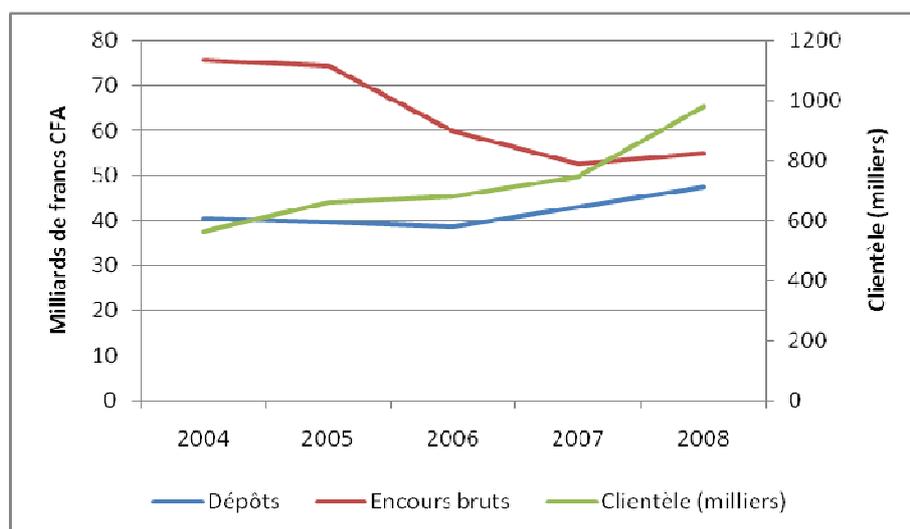
Les institutions de microfinance (IMF) jouent un rôle clé dans la création d'emplois et de revenus, surtout au profit des femmes, à travers l'offre de microcrédits et la sécurisation de l'épargne au profit d'un nombre important d'actifs économiques du secteur informel, qui sont largement exclus des services bancaires. Selon des données citées par la Banque Mondiale (2008), le Bénin est le pays de l'UEMOA qui a le plus grand nombre d'institutions de microfinance. En 2002, il y avait 600 organisations offrant des services de microfinance de détail, qui étaient rattachées à environ 85 programmes ou réseaux et qui desservaient environ 500.000 personnes (un taux de pénétration d'environ 15 % de l'ensemble de la population active) (voir aussi le tableau C.3 en annexe C).

Depuis lors, le secteur a connu une évolution impressionnante, le volume de clients actifs ayant augmenté de 564.831 en 2004 à 978.341 en 2008 (CSSFD, 2010). Le portefeuille d'épargne mobilisé est de plus de 47 milliards de francs CFA à fin décembre 2008, contre 40 milliards de francs CFA en 2004 (voir la Figure 6.8 et le tableau C.4 en annexe C). Pendant cette période, la clientèle des institutions de microfinance a augmenté de 564.831 à 978.341 personnes, ce qui a porté le taux de pénétration à environ 20% de la population active.

Cependant, cette période a connu une baisse tendancielle des encours bruts de crédits, passant de 75,7 milliards de francs CFA en 2004 à 55,0 milliards de francs CFA en 2008. Cette baisse est

due aux mesures de rationnement de l'offre de crédits voire de redressement introduites dès l'année 2006 au sein de certaines IMF. Les mesures de rationnement et de gestion introduites dès 2006 ont contribué à une amélioration de la qualité globale du portefeuille des IMF comme en témoigne l'évolution du taux de créances en souffrance au cours de cette même période, passant de 11,14% en 2006 à 9,70% en 2007 et à 4,16% en 2008.

**Figure 6.8 Opérations et clients des institutions de microfinance, 2004-2008**



Source : CSSFD, 2010.

L'expansion des services de microfinance depuis les années 90 a été impulsée par plusieurs programmes initiaux ayant connu des transformations institutionnelles<sup>30</sup>, comme la Fédération des Caisses d'Épargne et de Crédit Agricole Mutuel (FECECAM), l'Agence pour la Promotion des Petites et Moyennes Entreprises (PAPME), l'Association pour le Développement des Micro-Entreprises (PADME) et l'Union Nationale des Caisses Rurales d'Épargne et de Prêts, qui sont des institutions actuellement sous tutelle du Ministère de la Microfinance, de l'Emploi des Jeunes et des Femmes (MMEJF). On distingue d'autres IMF non moins importantes telles que VITAL Finance, Financement du Développement (FINADEV)<sup>31</sup>, l'Association d'Entraide des Femmes, la Mutuelle de Développement à la Base, l'Association de Lutte Intégrée pour le Développement (ALIDé)<sup>32</sup>, etc. En plus, des instruments ou facilités d'appui technique et financier ont été initiés au cours des cinq dernières années pour renforcer les institutions de microfinance et améliorer les services qu'ils offrent aux populations. Ceux-ci incluent notamment le Projet « Accès aux Services Financiers » de MCA-Bénin (avec la « Facilité »<sup>33</sup> comme instrument principal), le Fonds National

<sup>30</sup> Par exemple, la FECECAM est issue, en juillet 1993, du Programme de réhabilitation de la Caisse Nationale de Crédit Agricole Mutuel à la suite de la faillite et de liquidation de celle-ci en 1987. Quant aux PAPME et PADME, elles sont issues de la transformation institutionnelle de projets de financement du secteur privé introduits en 1991 par la Banque Mondiale et le Gouvernement béninois dans le cadre de la relance du secteur privé : le Projet d'Appui à l'Entreprise, le Projet de Relance du Secteur Privé et le Projet d'Appui au Développement du Secteur Privé.

<sup>31</sup> La FINADEV est la branche de la Financial Bank spécialisée dans la microfinance, essentiellement pour les femmes.

<sup>32</sup> ALIDé est issue de l'évolution et de la transformation institutionnelle du Programme Crédit-Epargne de l'Association Française Initiative Développement, qui fut l'une des pionnières en matière de promotion de la microfinance dans les quartiers populaires et pauvres au Bénin.

<sup>33</sup> La Facilité du défi d'innovation et d'expansion financière est un fonds d'environ 5 milliards de francs CFA destiné au renforcement des capacités des institutions financières et des emprunteurs dans le cadre de la mise en œuvre de la première composante du Projet « Accès aux Services Financiers ». La seconde composante de ce projet vise l'amélioration de l'environnement institutionnel des structures financières décentralisées au Bénin.

de la Microfinance (FMN), le Cadre Général de Gestion des Lignes de Crédits et le Programme de Microcrédits aux Plus Pauvres (MCPPE).

Le MCPPE a été initié par l'Etat béninois en vue de promouvoir l'autonomisation des femmes à travers le renforcement de leurs activités génératrices de revenus. Le Fonds, initialement doté de 5 milliards de francs CFA, a progressivement atteint le seuil de 25 milliards de francs CFA en 2009 à travers le Fonds National de la Microfinance (FMN). Elle a permis de financer les activités de près de 700.000 femmes sur la base de microcrédits de fourchettes moyennes de 30.000 francs CFA. Cette clientèle importante de femmes bénéficiaires a été structurée en réseau national grâce à l'appui du FMN. Le Système d'Information de Gestion du Programme MCPPE est renforcé, depuis le deuxième semestre de 2009, par l'introduction de solutions biométriques. Les bases d'un impact socioéconomique du Programme se sont en outre renforcées grâce à l'introduction de la micro-assurance au profit des femmes membres du réseau.

Les IMF contribuent, en définitive, à améliorer l'accès de clients pauvres exclus de l'offre de crédit bancaire au capital financier nécessaire pour la production de biens et services et pour l'amélioration de leurs revenus. Elles contribuent à la sécurisation de leur patrimoine de production (actifs financiers et physiques) et à réduire l'incidence de la pauvreté patrimoniale. En tant que telles, elles constituent des instruments pertinents pour la réduction de la vulnérabilité. Néanmoins, ces institutions entretiennent une faible pénétration moyenne de leur portefeuille d'opérations au sein de leurs clientèles respectives, surtout à l'égard des couches les plus pauvres ou vulnérables, et les microcrédits servent surtout à financer des activités à caractère commercial à court terme au lieu de financer l'investissement productif à long terme.

Avec un volume de 978.341 clients en 2008, les IMF couvrent 20% de leur clientèle potentielle, à savoir la population économiquement active. Mais, selon une autre source d'information, l'EMICOV de 2006, seulement 8% des ménages ont accès à un crédit quelle que soit la source de financement, dont 3,4% des ménages ont eu accès aux micro-crédits et à peine 0,3% à un crédit bancaire (Hodonou et Médédji, 2008). Les parents, amis et voisins demeurent la plus importante de toutes les sources de financement. Ces résultats confirment par ailleurs la situation décrite en juin 2009 dans une étude socio-économique réalisée dans les communes de Bopa et de Houéyogbé, département du Mono (Mongbo et al, 2009), qui a montré que, sur un échantillon de 401 chefs de ménages, 91% n'ont pas eu accès aux crédits d'IMF au cours de la campagne écoulée et presque personne (0,7%) n'a pu y accéder par la banque. La plupart (82,8%) ont eu plutôt recours à l'autofinancement à travers leur propre épargne (59,6%) ou à des emprunts de proximité auprès d'amis, de réseaux sociaux de solidarité, de voisins ou de parents.

Plusieurs barrières structurelles à l'offre de crédits sont relevées : le faible taux de transformation du portefeuille important d'épargne en crédits de moyen et long terme (dû à la nature des épargnes constituées à plus de 80% de dépôts à vue), la faible pénétration des IMF dans les secteurs agricole et rural due à la prépondérance des risques de crédits dans ces secteurs et au faible accès des IMF aux instruments ou dispositifs de garantie ou de sécurisation de l'offre de crédits (fonds de garantie, fonds d'assurance, fonds de calamité, joint venture public-privé, etc.). La Politique Nationale de Microfinance, en instance d'approbation, a formulé des stratégies clés visant à améliorer significativement la pénétration globale de l'offre des IMF dans leur clientèle potentielle.

### **6.6.3 La promotion de l'emploi au profit des jeunes**

Plusieurs institutions, comme l'ANPE, le Fonds National pour la Promotion de l'Entreprise et l'Emploi des Jeunes (FNPEEJ), le Projet d'Appui à la Promotion de l'Emploi des Jeunes, appuyé par le PNUD, et la Direction de l'Entrepreneuriat et de l'Insertion Professionnelle des Jeunes (DEIPJ), ont entrepris des initiatives pour promouvoir la création d'emplois au profit des jeunes. Ils existent aussi des projets spécifiques d'insertion des jeunes dans le secteur agricole, comme le

Projet de Diversification Agricole par la Valorisation des Vallées, le Projet de Promotion de la Mécanisation Agricole, le Programme d'Insertion des Sans-Emploi dans l'Agriculture et le Fonds d'Insertion des Jeunes (FIJ).

L'ANPE a formulé et mis en œuvre différents programmes dont les quatre principaux sont le Programme « Aide à l'Insertion et au Développement de l'Embauche (AIDE), le Programme d'Appui à l'Emploi Indépendant, le Programme Renforcement des Capacités des Demandeurs d'Emploi et le Programme Spécial de Reconversion Professionnelle.

Le Programme « AIDE » est structuré en trois principaux volets : (i) le volet « Contrat Première Expérience Professionnelle », qui permet de faire acquérir la première expérience professionnelle aux primo-demandeurs d'emploi qualifiés au sein de l'administration centrale ou déconcentrée ; (ii) le volet « Contrat Assistance Emploi » (CAE), qui vise à créer de l'emploi au profit des primo-demandeurs à travers un engagement mutuel sur une période de 12 mois, entre l'ANPE et toute structure ou entreprise du secteur productif ; et (iii) le volet Contrat Solidarité Emploi Jeune, qui permet de promouvoir l'emploi des jeunes dans le secteur social dans les mêmes conditions que le CAE. Jusqu'en 2008, l'ANPE a enregistré 5.700 postulants aux différents programmes, dont 1.643 (soit 28% seulement) ont pu bénéficier de ces programmes.

Le FNPEEJ a été créé par le décret n° 207-652 du 31 décembre 2007, avec pour mission de faciliter l'accès des projets des jeunes (identifiés par l'ANPE) aux moyens et outils de production par le biais du crédit. Le Fonds est doté d'un portefeuille initial de 6 milliards de francs CFA. Jusqu'en 2008, le FNPEEJ a financé 602 projets dont 460 projets individuels, 45 projets collectifs et 97 projets des micro, petites et moyennes entreprises. Ces appuis ont contribué à la création de 3.417 emplois (FNPEEJ, 2008). On peut en outre noter que les départements de l'Atlantique et du Littoral abritent le plus grand nombre de projets financés (1.405, soit 38%) suivis de l'Ouémé/Plateau (22%) et du Zou/Collines (17%).

La DEIPJ a contribué, à travers ses appuis techniques engagés depuis 2000, à former environ 3.562 jeunes en matière d'entrepreneuriat. Pendant cette décennie (2000-2009), environ 900 projets ont été déposés par les jeunes formés dont 408 projets ont été financés par le FIJ et le Fonds National d'Insertion des Jeunes (FNIJ). Le portefeuille global de financement alloué au titre de la promotion de projets d'insertion des jeunes est de 422 millions de francs CFA.

#### **6.6.4 Les programmes de sécurité alimentaire et de développement communautaire**

Les *programmes d'appui à la sécurité alimentaire des populations* ont essentiellement contribué à réduire quelque peu la rigueur de la soudure au profit des couches vulnérables de la population rurale. Certains intervenants, comme le projet Lutte Intégrée pour la Sécurité Alimentaire dans l'Atacora-Ouest, appuyé par Louvain Développement, ont introduit des mécanismes novateurs comme le « warrantage rural », assurant à la fois la diminution des contraintes d'accès des ménages pauvres aux crédits de campagne et une atténuation du poids de la soudure par un meilleur accès et contrôle des stocks de vivriers en ces périodes. Le Programme d'Urgence en Appui à la Sécurité Alimentaire (PUASA), initié comme réponse urgente à l'impact de la crise de la crise alimentaire en 2008 a également contribué à assurer en amont la proximité, la disponibilité et l'accès des intrants pour la production des vivriers de base à travers une politique de gratuité au profit des couches pauvres ou vulnérables. En aval, l'Etat béninois a assuré une meilleure disponibilité et accessibilité des produits vivriers de base aux ménages pauvres ou vulnérables au travers de « boutiques témoins » implantées dans l'ensemble du territoire suivant des critères bien définis.

Ces programmes ou projets ont également contribué à renforcer la dynamique d'autopromotion des communautés locales, à l'habilitation (« empowerment ») et à l'émergence d'organisations d'économie sociale ou solidaire à l'échelle communautaire (groupements, unions ou structures

faïtières d'organisations de producteurs, etc.). Ils ont également contribué à améliorer le pouvoir économique des femmes et leurs positions sociales dans les cercles familiaux (ménages), collectifs et communautaires. Au-delà de la disponibilité alimentaire, ces interventions ont permis d'assurer un meilleur accès-contrôle des aliments au profit des ménages pauvres ou vulnérables ainsi qu'un renforcement du capital social dans les communautés partenaires (organisations paysannes, réseaux sociaux de solidarité offrant des filets de protection sociale, etc.).

Les programmes ou projets de sécurité alimentaire présentent toutefois des limites majeures, dont notamment leurs faibles capacités à organiser la mise en place de filières porteuses au profit de petits producteurs : approvisionnement en intrants et facteurs de production, transformations (chaînes de valeurs ajoutées très limitées), produits d'emballage ou de conservation, mise en marché des produits, encadrement ou assistance techniques. Ces limites réduisent considérablement les portées des interventions en appui à la sécurité alimentaire des populations. Dans le cas spécifique du PUASA, les critères d'allocation de stocks d'intrants agricoles et de revente de produits vivriers de base à prix subventionnés ne sont explicitement définis et mis en application à travers une politique de communication aux populations.

La faible politique de communication sociale en rapport avec les logiques et pratiques des programmes ou projets similaires de coopération ou d'ONG locales, associée à l'insuffisance d'efforts de synergies ou de complémentarités avec des programmes similaires préexistants réduisent davantage les portées de ces interventions. Elles contribuent, dans certains cas, à une désarticulation des logiques d'intervention préexistantes en matière de sécurité alimentaire dans les localités. Elles peuvent conduire à une rupture des dynamiques locales de développement préexistantes, voire à une cassure de l'harmonie sociale préexistante (foyers de conflits explicites ou cachés, déconstruction du tissu social préexistant, etc.).

Ces limites s'expliquent également par certaines contraintes classiques liées à la faible accessibilité des populations au capital naturel ou physique (foncier rural, ressources en eau de production, etc.). Ici, l'Etat doit véritablement développer des réformes concrètes à la suite des efforts actuels du Projet Accès au Foncier du Programme MCA-Bénin, en appui à un meilleur accès-contrôle des ressources productives au profit des couches pauvres ou vulnérables.

Les **initiatives de financement ou de développement communautaire** contribuent à améliorer la qualité de vie des populations, voire réduire la pauvreté d'existence au sein des communautés à travers l'appui à la mise en place d'infrastructures nécessaires pour des services sociaux de base (eau potable, assainissement, éducation, santé, etc.). Il s'agit essentiellement des initiatives menées par l'AGeFIB et le Projet National de Développement Conduit par les Communautés, financés avec l'appui de la Banque Mondiale, et par le Programme National de Développement Communautaire (PNDC) financé avec l'appui du PNUD. Ces programmes ont également contribué à intégrer les communautés et collectivités locales (élus locaux et Conseils Communaux) dans un processus d'apprentissage continu et d'appropriation des mécanismes de passation de marchés publics, de maîtrise d'ouvrage et de gestion d'infrastructures communautaires. Ils ont en outre contribué à assurer une participation des collectivités et communautés locales au financement et à la gestion de ces infrastructures. Toutefois, ils présentent aussi quelques limites, notamment de faibles capacités de mobilisation des contributions communautaires (apports en espèces, apports en nature valorisables, etc.) et des capacités limitées de gestion et de pérennisation des infrastructures. Ces programmes sont moins orientés vers le développement des activités productives ou génératrices de revenus.

## **6.7 Portée de la protection sociale par rapport aux besoins**

En guise de conclusion, il est juste d'affirmer que les programmes et mesures existants de protection sociale au Bénin sont loin de donner une réponse adéquate aux besoins, en termes de la gestion des risques et de la réduction des vulnérabilités qui sont exposées dans la section 3.

Moins de 10% de la population bénéficie des deux systèmes de sécurité sociale, laissant à l'écart l'écrasante majorité de la population dans le secteur informel et surtout ceux qui sont les plus vulnérables sur le plan économique. Le mouvement mutualiste, initié en tant que modèle alternatif d'amélioration de l'accès financier des populations aux soins de santé, a de faibles taux d'adhésion et de pénétration dans ses zones de couverture respectives, en raison du problème de sélection adverse, qui découle de la nature non obligatoire de cette forme d'assurance, des facteurs culturels et les difficultés que les pauvres rencontrent pour payer des cotisations. Globalement, seulement 9% de la population est couverte actuellement par l'assurance maladie (dans le cadre du FNRB, des mutuelles de santé et de l'assurance privée), ce qui met en relief l'énormité du défi de réponse aux barrières financières d'accès aux soins de santé dans un pays où les services sanitaires sont généralement payants et les chocs médicaux sont les chocs les plus sentis par les populations.

C'est cette situation de haute vulnérabilité aux risques sanitaires à laquelle le RAMU est censé donner une réponse de portée radicale, malgré quelques enjeux de fond : besoin d'importantes subventions étatiques, difficultés potentielles pour couvrir les couches les plus pauvres de la population, défis administratifs énormes et nécessité de mesures d'accompagnement au côté de l'offre des services. On s'interroge s'il ne serait pas plus simple et efficace de mettre l'accent plutôt sur l'extension de la gratuité dans le secteur de la santé, qui est actuellement limitée au traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose, aux césariennes et à quelques services préventifs. La mise en application de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, annoncée par le Chef de l'État en décembre 2006, constituerait une mesure capitale de protection sociale, toute en nécessitant, comme dans le cas de l'assurance maladie, des mesures d'accompagnement au côté de l'offre des services pour garantir la disponibilité et la qualité des soins et pour faire face à l'accroissement de la demande qui serait déclenché par l'élimination des frais d'utilisation des services.

De manière plus large, la réduction de la vulnérabilité requiert surtout des mesures qui permettent aux ménages d'investir davantage dans le développement de leurs capacités, notamment en capital humain et en moyens de production et de génération de revenus. Vue sous cet angle, la mesure de protection sociale la plus conséquente à ce jour serait peut-être la mise en œuvre de la politique de la gratuité dans l'enseignement primaire, qui a contribué à une hausse importante du taux de scolarisation. Néanmoins, ils restent en vigueur d'autres frais (pour les uniformes, les fournitures scolaires et les examens) ainsi que des frais officiels ou informels, qui constituent, avec les coûts d'opportunité (le travail des enfants), des barrières persistants d'accès à l'école et semblent contribuer aux taux élevés d'abandon scolaire.

En termes de réduction de la vulnérabilité économique, les subventions à la consommation introduites (sous forme d'allègement des droits de douane) pendant plusieurs mois en 2007-2008 ont profité plus aux ménages les plus aisés et ont été rapidement supprimées en raison de leur coût fiscal. Le gouvernement a aussi mis en œuvre plusieurs politiques, stratégies et mesures en appui à la promotion de l'emploi et des revenus, ainsi que des programmes d'appui à la sécurité alimentaire et au développement communautaire. Cependant, les programmes d'appui à l'emploi sont en général de petite envergure, contribuant peu à la réduction des taux élevés de sous-emploi, surtout parmi les jeunes. Il n'y a pas encore au Bénin de grands programmes de travaux publics à haute intensité de main d'œuvre, comme en Ethiopie ou en Inde.

Le développement des institutions de microfinance est plus notable, avec presque un million de clients en 2008, ce qui constitue environ 20% de la population active. Néanmoins, une large majorité de la population, incluant notamment les plus pauvres, ne jouit toujours pas d'accès au microcrédit, qui d'ailleurs sert surtout à financer des activités à caractère commercial à court terme au lieu de financer l'investissement productif à long terme.

Il est évident que les transferts sociaux ne sont pas encore vus au Bénin comme moyen potentiel de renforcement des capacités des ménages, dans une optique « promotive » de la protection sociale. Par contre, ils sont toujours vus comme des « secours » ponctuels et transitoires, censés fournir un appui passager à une petite frange d'individus indigents (moins de 2.000 par an) dans des situations de crise. Comme il a été indiqué ailleurs, la faisabilité d'un programme de transferts sociaux à échelle, avec des objectifs plus larges de réduction de la pauvreté et de renforcement des capacités des ménages, fera l'objet d'une étude complémentaire.

Il a aussi été montré que la prestation des services de soutien psychosocial et les mesures de prévention et de réponse aux incidents d'abus, de violence et d'exploitation, sont généralement de petite envergure. Ces programmes ne sont pas encore à la hauteur des problèmes auxquels ils prétendent faire face, qui sont d'une grande ampleur dans quelques cas (traite et travail des enfants, violences faites aux femmes et enfants, excision des filles, mariage précoce, etc.). En outre, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, ces programmes sont fragmentées, mal coordonnées, largement dépendants du financement des PTF et difficiles à pérenniser.

## 7 Capacités et ressources pour la protection sociale

L'ampleur et l'efficacité de la protection sociale dépendent non seulement du cadre de législation et de politiques, discuté dans le chapitre 5, mais aussi des capacités organisationnelles et en ressources humaines des organismes chargés de la mise en œuvre des programmes de protection sociale, ainsi que les ressources financières allouées à ces programmes par le budget de l'État.

### 7.1 Mandats et coordination

De par son caractère transversal, la protection sociale est multisectorielle et implique plusieurs ministères, ONG et organismes et institutions internationaux, ce qui pose les risques de l'éparpillement et du manque de synergies entre les programmes dans un contexte de faibles capacités organisationnelles, notamment au niveau de la coordination.

#### 7.1.1 Les principaux ministères et agences publiques impliqués

Parmi les ministères publics figure au premier plan celui en charge de la Famille et de la Solidarité Nationale, qui est responsable des secours aux indigents et d'autres programmes d'action sociale d'appui aux groupes les plus vulnérables. Le Ministère met en œuvre la plupart de ces programmes à travers les 84 Centres de Promotion Sociale (CPS), qui se trouvent dans chacune des 77 communes, avec des centres additionnels à Cotonou et à Porto-Novo, et soutiennent les personnes en difficulté dans leurs localités. Les 25 Services Sociaux Spécialisés (SSS) du Ministère sont installés dans d'autres structures étatiques telles que les hôpitaux, l'Université Nationale du Bénin et la Gendarmerie Nationale pour fournir des services auprès de leurs employés et des personnes à leur charge. Le ministère compte aussi des structures sous tutelles avec autonomie de gestion qui s'occupent des populations en situation de détresse et d'urgence. Il s'agit du Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale (FASNAS) et le Fonds d'Appui au Développement des Initiatives de Base (FADIB).

En ce qui concerne l'assurance sociale, le Ministère du Travail et de la Fonction Publique est responsable du régime général de sécurité sociale à travers la CNSS, qui gère directement ce régime sous la tutelle du Ministère. Ce ministère s'occupe aussi des tentatives d'étendre l'assurance sociale au secteur informel, notamment par le biais de son appui à la MSSB (voir la section 6.1.2). Il est composé de six Directions Régionales et six Caisses Départementales de Sécurité Sociale au sein desquelles se trouvent des Centres Médico-Sociaux et le Projet BIT de lutte contre le travail des enfants et les pires formes d'exploitation des enfants.

Dans le cas du régime des fonctionnaires, le FNRB, qui ne jouit pas de statut d'autonomie institutionnelle, est géré directement par le Ministère chargé des Finances, qui le subventionne à travers le budget de l'État pour combler ses déficits structurels (voir la section 6.1.1).

Le Ministère de la Santé joue aussi un rôle clé dans la protection sociale, étant responsable des politiques et programmes qui visent l'amélioration de l'accès financier des populations aux services de santé. Il est animé par six Directions Régionales avec ses 34 zones sanitaires couvrant l'ensemble du territoire. Il dispose aussi des centres de santé au niveau des communes et des centres de santé d'arrondissement ayant sous leur tutelle les unités villageoises de santé.

Au niveau national du Ministère, la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) gère le Fonds Sanitaire des Indigents (voir la section 6.4.2) et le Service Santé Communautaire de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire s'occupe des mutuelles de santé (cadre politique, coordination, suivi et évaluation). Le Ministère est également responsable des préparatifs en cours pour la création du RAMU (voir les sections 6.1.3 et 6.1.4).

Le MMEJF, créé en mai 2009, appuie la réduction de la vulnérabilité à travers ces programmes de promotion de l'emploi et des activités génératrices de revenus. Le Ministère exerce sa mission sur le volet emploi par l'intermédiaire de la Direction de la Promotion de l'Emploi, l'ANPE et d'autres organismes et projets sous la tutelle du Ministère. Il faut aussi prendre note du rôle de plusieurs fonds établis dans ce domaine, parmi lesquels l'Agence de Financement des Initiatives de Base (AGeFIB), le FNPEEJ, le Fonds National de la Microfinance (FNM), le FIJ et le FNIJ (voir la section 6.6). Il convient de mentionner que, pour un meilleur encadrement et suivi dans l'octroi des crédits aux plus pauvres, un accord a été signé entre le MFSN et le Ministère en charge de la Microfinance et de l'Emploi des Jeunes et des Femmes, ce qui constitue un pas vers une meilleure coordination de la protection sociale.

D'autres ministères ont des attributions pertinentes à la protection sociale dans leurs domaines respectifs. Par exemple, le Ministère de l'Enseignement Maternel et Primaire est responsable des mesures prises pour rendre effective la gratuité dans l'enseignement primaire. Le Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Pêche appuie des mutuelles rurales à travers les CVMSR. Le combat contre la traite des enfants, ainsi que la protection civile, incombe aux structures du Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité Publique et des Collectivités Locales, à savoir la Gendarmerie Nationale, la Police Nationale et sa Brigade de la Protection des Mineurs, et l'Organisation des Secours.

Il ne faut pas oublier que les ministères de nature « macro », tels que le Ministère chargé des Finances et le Ministère de la Prospective, du Développement, de l'Évaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale, sont impliqués directement dans la protection sociale dans la mesure où ils sont responsables du financement des programmes publics dans ce domaine, ainsi que de l'intégration de la protection sociale dans la planification plurisectorielle, par exemple dans le cadre du CSR.

### **7.1.2 Le rôle des OSC et des partenaires techniques et financiers**

Les défis de coordination sont encore accentués par l'implication d'un grand nombre d'organisations de la société civile (ONG, structures religieuses etc.) dans des programmes de protection sociale, ainsi que par la diversité des partenaires techniques et financiers, parmi lesquels l'UNICEF, le BIT et plusieurs pays donateurs, qui fournissent des appuis soit aux ministères et organismes publics cités ci-dessus soit aux OSC. Quelquefois les OSC s'intéressent aux domaines peu couverts ou largement ignorés par l'Administration de l'État.

La multiplicité des acteurs impliqués dans l'appui aux mutuelles de santé, discutée dans la section 6.1.3, sert d'exemple particulièrement frappant. On trouve environ une dizaine de différents « promoteurs », chacun avec son propre réseau de mutuelles et ses propres sources de financement extérieur. Un cadre d'échanges réunissant les structures d'appui, des bailleurs de fonds et des représentants du Ministère de la Santé Publique a existé entre 1997 et 2003 et a été revitalisé depuis 2003 sous le nom de Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles de Santé (CONSAMUS), actuellement connu comme CONSAMAS (MS et al, 2009). Cependant, son rôle reste informel et peu efficace, selon quelques interlocuteurs rencontrés au cours de cette étude, qui ont cité le manque de réglementation du secteur (malgré l'adoption du règlement sur les mutuelles de santé au niveau de l'UEMOA en juin 2009) et le faible encadrement et supervision du secteur par le Ministère de la Santé.

### **7.1.3 Le défi de la coordination**

Compte tenu de la nature plurisectorielle de la protection sociale et du grand nombre de différents acteurs y impliqués (voir l'Annexe D), un des plus grands défis est celui d'établir un cadre de coordination pour rendre aussi cohérente que possible la gamme de programmes en existence, assurer l'efficacité des ressources déployées, éviter la dispersion des efforts, promouvoir

l'échange des expériences et promouvoir la synergie des programmes, y compris la prestation de programmes complémentaires (de ministères ou organismes différents) en faveur des mêmes communautés, groupes sociaux ou individus.

L'inexistence d'un cadre institutionnel pour la coordination entre les divers acteurs gouvernementaux, non gouvernementaux et internationaux apparaît comme un dysfonctionnement important du « système » de la protection sociale au Bénin. D'une part, le partenariat ONG-Gouvernement est limité par un environnement juridique restrictif et, d'autre part, chaque secteur gère son sous-système et ne répond pas à une vision holistique de la protection sociale et à des structures qui permettent de promouvoir la complémentarité et la synergie entre les programmes. Même entre les acteurs non gouvernementaux dans un seul sous-système, comme celui des mutuelles de santé, on constate peu de progrès vers l'harmonisation de leurs efforts, dû peut-être au fait qu'ils se trouvent jaloux de leur propre autonomie et soucieux de garder leurs propres sources de financement.

Au niveau « macro », le MFSN tient à son mandat pour la coordination globale de la protection sociale. Cependant, la faible capacité de ce ministère, son rang relativement bas dans la hiérarchie ministérielle et son manque de « pouvoir de négociation » avec les ministères les plus puissants (Développement, Finances, Santé etc.) font en sorte qu'il n'est pas facile pour le MFSN d'assumer réellement ce rôle. Ces difficultés sont renforcées par l'absence d'une politique nationale de protection sociale qui englobe toutes les dimensions de la protection sociale et à laquelle tous les ministères pertinents adhèrent.

Ces faiblesses mettent en relief l'urgence de trouver des moyens efficaces de renforcement du « leadership » et de la coordination dans ce domaine, peut-être à travers le renforcement du rôle du Ministère de la Prospective, du Développement, de l'Évaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale et/ou la création d'une Commission Nationale de la Protection Sociale. En outre, les PTF, qui appuient aussi bien les institutions étatiques que les ONG, devraient aussi contribuer à la promotion d'une meilleure coordination de la protection sociale à travers une harmonisation de leurs interventions, conformément aux principes de la Déclaration de Paris. Un petit pas positif dans ce sens a été la création d'un groupe thématique sur la protection sociale par le Système des Nations Unies. Cependant, de portée beaucoup significative serait la mise sur pied d'un groupe de type « SWAP » réunissant à la fois des représentants des ministères concernées avec les PTF et ONG pertinentes.

#### **7.1.4 Implications de la décentralisation**

Le Bénin s'est engagé dans le processus de la décentralisation depuis la fin de la Conférence Nationale des forces vives de la nation en février 1990, et l'adoption de la Constitution du 11 décembre 1990 qui, dans son article 153, dispose que « les collectivités locales s'administrent librement par des conseils élus ». A la suite des Etats Généraux de l'Administration Territoriale, tenus du 7 au 10 janvier 1993, le Bénin s'est doté d'un cadre juridique pour la mise en œuvre de la décentralisation, constitué aujourd'hui de six lois, 27 décrets et cinq arrêtés d'application.

La loi N° 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes dispose que « la commune est une collectivité territoriale dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière » et qui « s'administre librement par un conseil élu ». Cette loi établit que les communes jouissent de leurs propres budgets (disposition développée plus en détail dans la loi n° 98-007 du 15 janvier 1999 portant régime financier des communes) et définit les compétences des communes. Celles-ci peuvent être des compétences « propres » à la commune, des compétences « partagées » (avec l'administration du Gouvernement central) ou des compétences « déléguées » par le Gouvernement central pour la mise en œuvre au niveau local (sous l'autorité des maires qui agissent comme premier responsable de la commune et comme représentant local de l'Etat).

Bien que les compétences propres n'incluent pas d'attributions directement liées à la protection sociale, il est à noter que parmi les compétences partagées se trouvent des attributions relatives à l'action sociale, à savoir « la charge de la réalisation, de l'équipement et des réparations des centres de santé et de promotion sociale » et « la charge de l'aide sociale aux déshérités et aux sinistrés » (articles 100 et 101).

Depuis les élections municipales de décembre 2002, la décentralisation a conduit à l'avènement des communes autonomes. Cependant, de nombreuses contraintes, parmi lesquelles des dysfonctionnements réglementaires et institutionnels, le manque de capacité administrative et le faible niveau des ressources (revenus locaux retenus et transferts fiscaux du gouvernement central aux communes), ont conduit à la mise en œuvre tardive et ambivalente des dispositions du cadre juridique de la décentralisation. Dans la pratique, les programmes de protection sociale sont toujours gérés, financés et mis en œuvre par les structures verticales des ministères et d'autres organismes de l'Etat central, même si les maires et autres fonctionnaires au niveau communal sont impliqués dans la mise en œuvre de quelques programmes, par exemple comme membres des Commissions Communales de Gestion des Secours, qui attribuent les secours aux indigents du MFSN.<sup>34</sup>

## **7.2 Financement de la protection sociale**

### **7.2.1 La protection sociale dans le budget national**

L'analyse des dépenses publiques sur la protection sociale est rendue difficile par la nature transversale de la protection sociale et l'absence de données budgétaires basées sur une classification fonctionnelle des dépenses. L'équipe de recherche a essayé de faire ses propres estimations des dépenses de protection sociale « de base » en utilisant les données budgétaires disponibles. Nous avons inclus les dépenses suivantes : la totalité des dépenses du MFSN, certaines dépenses du Ministère de la Santé (le fonds sanitaire des indigents, d'autres secours et aides sociales et les remboursements effectués pour les césariennes), les dépenses sur les cantines scolaires et l'appui aux mutuelles de sécurité sociale du Ministère du Travail et de la Fonction Publique en 2009. Nous avons exclu les subventions octroyées pour financer le déficit du FNRB, qui, tout en constituant un financement du « secteur » de la protection sociale, ne vise pas réellement la diminution des risques qui pèsent sur les couches les plus vulnérables de la population. Sur cette définition, les dépenses de protection sociale « de base » (base engagements de crédits) ont atteint environ 6,39 milliards de francs CFA en 2009, ce qui est équivalent à seulement 0,9% des dépenses publiques totales (692 milliards de francs CFA) ou 0,2% du produit intérieur brut (voir le Tableau 7.1).

Bien que ce montant puisse être sous-estimé, dû au fait qu'il exclue quelques programmes avec des caractéristiques de protection sociale (par exemple l'aide alimentaire aux ménages affectés par le VIH/SIDA, l'Organisation de Secours du Ministère de l'Intérieur et les programmes publics de création d'emplois et de promotion des activités génératrices de revenus), il est évident que la protection sociale, dans un sens étroit, reçoit une part minime des dépenses publiques. Le MFSN, qui gère les secours aux indigents et la plupart des services sociaux d'appui aux groupes vulnérables, reçoit une partie très faible du budget d'Etat, équivalent à environ 0,3% des dépenses publiques réalisées (base ordonnancement) en 2009. Le fonds sanitaire des indigents, du Ministère de la Santé, est aussi de petite envergure, avec des dépenses de 984 millions de francs CFA ou 0,4% des dépenses publiques totales en 2008.

---

<sup>34</sup> Voir le décret no 2006-217 du 12 mai 2006 portant création, attributions et fonctionnement des organes chargés de la gestion des secours (Présidence de la République, 2006). Il est à noter que le maire ou le chef d'arrondissement ou de quartier est responsable de la signature des certificats d'indigence requis pour la prise en charge des frais médicaux par le Fonds Sanitaire des Indigents, du Ministère de la Santé.

**Tableau 7.1 Dépenses publiques de protection sociale « de base », 2009 (en millions de francs CFA, base engagements)**

| Structure / service                            | Montant      | Répartition (%) |
|--|--------------|-----------------|
| MFSN   | 2.954        | 46              |
| Ministère de la Santé                          |              |                 |
| <i>Fonds sanitaire des indigents</i>           | 1.000        | 16              |
| <i>Gratuité des césariennes</i>                | 938          | 15              |
| Ministère du Travail                           |              |                 |
| <i>Appui aux mutuelles de sécurité sociale</i> | 93           | 1               |
| Cantines scolaires                             | 1.408        | 22              |
| <b>Total</b>                                   | <b>6.393</b> | <b>100</b>      |

Source: Gouvernement du Bénin.

### 7.2.2 La répartition et l'exécution du budget du MFSN

L'analyse des dépenses du MFSN montre jusqu'à quel point l'exécution du budget peut s'écarter des dotations budgétaires. En 2009, le déboursement des fonds au premier trimestre et au dernier trimestre de l'année fut empêché par le retard dans la signature des fiches de financement au début de l'année et par la réduction du budget au cours de l'année, ce qui a arrêté le déboursement des fonds dans les trois derniers mois. D'un budget de 4,7 milliards de francs CFA en 2009, le MFSN a dépensé 2,7 milliards de francs CFA au cours de l'année, soit un taux d'exécution de 63% (voir le Tableau 7.2). Il semble que ces chiffres soient légèrement sous-estimés, dû au fait que la plupart des ressources de l'aide extérieure reçues par le MFSN ne passent par le système national d'engagement et d'ordonnancement des dépenses et donc ne sont pas enregistrées dans le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques.

Le MFSN commence en 2010 à recueillir les données sur les dépenses sous financement extérieur pour mieux estimer le taux d'exécution de son budget.

**Tableau 7.2 Consommation des crédits du MFSN, 2009 (en millions de francs CFA)**

| Libellule                         | Dotation     | Engagement   | Taux d'exécution (%) |
|-----------------------------------|--------------|--------------|----------------------|
| <b>DEPENSES DE FONCTIONNEMENT</b> |              |              |                      |
| Dépenses de personnel             | 281          | 272          | 97                   |
| Achats de biens et de services    | 383          | 282          | 74                   |
| Transferts                        | 2.088        | 1.597        | 76                   |
| Charges communes                  | 199          | 108          | 54                   |
| Equipement socio-administratif    | 224          | 175          | 78                   |
| <b>DEPENSES D'INVESTISSEMENT</b>  |              |              |                      |
| Financement intérieur             | 1.141        | 519          | 45                   |
| Financement extérieur             | 399          | 0            | 0                    |
| <b>TOTAL GENERAL</b>              | <b>4.717</b> | <b>2.954</b> | <b>63</b>            |

Source: Budget Général de l'État, Situation des engagements et des ordonnancements à la date du 31/12/2009, Système Intégré de Gestion des Finances Publiques. Note : Les données pour les engagements de dépenses d'investissement sous financement extérieur et ainsi pour les dépenses totales (et les taux d'exécution relatifs) semblent sous-estimées dû au fait que la plupart des ressources de l'aide extérieure reçues par le MFSN ne passent par le système national d'engagement et d'ordonnancement des dépenses et donc ne sont pas enregistrées dans le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques.

### 7.2.3 Le réaménagement des dépenses publiques

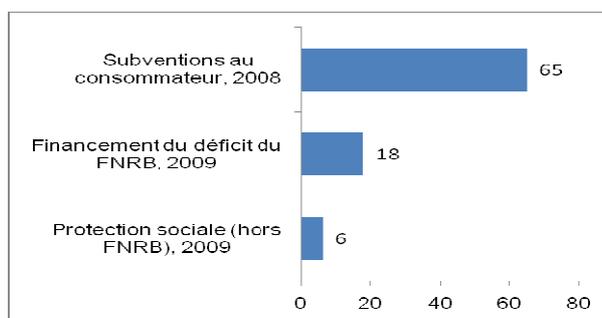
Comme pays à faible revenu, le Bénin a des contraintes budgétaires importantes qui limitent les perspectives d'expansion des dépenses de protection sociale, surtout dans un contexte de forte concurrence pour l'accroissement des dépenses dans d'autres secteurs prioritaires. Cependant, ces contraintes n'excluent pas entièrement la réorientation des dépenses dans ce domaine. Il y a essentiellement deux sources potentielles d' « espace budgétaire » pour financer l'expansion des dépenses publiques prioritaires à moyen et long terme: (1) le réaménagement des dépenses publiques, c'est-à-dire de réorienter une partie des dépenses pour mieux financer les programmes prioritaires du gouvernement; et (2) la croissance économique.

A cet égard, il est évident que les dépenses dites de « protection sociale » dans le sens large du terme reflètent mal l'objectif de réduction de la vulnérabilité des couches les plus pauvres de la population. Fondés sur autres préoccupations ou objectifs politiques, les sommes assez importantes consacrées au financement du déficit du FNRB et, en 2007-2008, aux subventions à la consommation, qui étaient mal ciblées, ont dominé les dépenses de « protection sociale », en défaveur des programmes clairement orientés vers les couches les plus pauvres et vulnérables. En fait, comme il est montré dans la Figure 7.1:

- Le financement du déficit du FNRB, équivalent à 0,6% du PIB, a coûté 2,8 fois plus que les dépenses de protection sociale « de base » en 2009;
- Les subventions à la consommation (2,2% du PIB en 2008) ont coûté 12 fois plus que les dépenses de protection sociale « de base ».

Ces faits suggèrent qu'il serait possible d'augmenter significativement les dépenses de protection sociale « de base » par le biais d'un réaménagement des dépenses publiques, même au sein du « secteur » de la protection sociale.

**Figure 7.1 Dépenses publiques de protection sociale (milliards de francs CFA)**



Quant à la croissance économique et l'accroissement des recettes publiques, la performance des finances publiques au Bénin a été nettement mieux ces dernières années que celle de la plupart des pays africains à faible revenu, bien qu'il y ait eu une détérioration importante en 2009 en raison de l'impact de la crise économique mondiale sur l'économie béninoise (MEF, 2010). Selon les données du FMI (2010), le Bénin a manifesté le déficit budgétaire global (hors dons) le plus faible de tous les pays à faible revenu en Afrique subsaharienne entre 2004 et 2008 (-2,5% du PIB par rapport à la moyenne de -8,5% pour ce groupe de pays). Jusqu'en 2008, le solde primaire de base était excédentaire.

Selon le Ministère de l'Economie et des Finances, le solde primaire est devenu déficitaire en 2008 (-1,2%) et 2009 (-3,8%) et le solde global a détérioré à -6,5% et -7,3% dans les mêmes années, en raison du ralentissement de la croissance économique et des recettes publiques, ainsi que des mesures contre-cycliques prises par le gouvernement pour contenir les effets de la crise (MEF,

2010). Cependant, avec le retour à un taux de croissance plus élevé à partir de 2010, il y a de bonnes perspectives de consolidation des finances publiques.

Le Bénin a déjà un ratio recettes/PIB (18,6% en 2004-2008) légèrement plus élevé que la plupart des pays africains à faible revenu (16,3%), mais il est moins élevé que certains pays comme le Ghana (22,3%) et le Kenya (20,4%).

### 7.3 Ressources humaines

La capacité de conception et d'exécution des programmes de protection sociale est aussi limitée par les faiblesses en ressources humaines. Le gel de recrutement dans la fonction publique, introduit à partir de 1987 comme mesure d'ajustement structurel, a arrêté le recrutement de nouveaux agents mieux formés et a contribué au vieillissement du personnel. Depuis 1996/97, les restrictions sur le recrutement ont été relâchées partiellement, au moins pour remplacer une partie du personnel arrivant à la retraite. Cependant, il semble que les ministères avec une faible capacité de négociation, comme le MFSN, ont eu du mal à obtenir les autorisations de recrutement nécessaires pour combler leurs déficits de personnel. Néanmoins, depuis trois ans, ce ministère a pu au moins remplacer chaque employé qui arrive à la retraite.

Selon les chiffres fournis par la Direction des Ressources Humaines du MFSN, ce ministère se trouve actuellement avec 451 agents aux niveaux national, départemental et communal, par rapport à un effectif requis de 1.286 (voir le Tableau 7.3). Selon des informations mises à notre disposition, le gouvernement a accepté le recrutement par le MFSN de 1.000 nouveaux agents sur une période de 3 ans, mais il semble que cette mesure n'a pas encore été mise en application.

**Tableau 7.3 Personnel du MFSN au 30 novembre 2009**

| Structure   | Effectifs requis <sup>5</sup> | Effectifs disponibles | Différence |
|---|-------------------------------|-----------------------|------------|
| Cabinet   | 24                            | 24                    | 0          |
| Inspection Général                                  | 19                            | 7                     | 12         |
| Secrétariat Général                                 | 15                            | 17                    | -2         |
| Directions centrales <sup>1</sup>                   | 47                            | 36                    | 11         |
| Directions techniques <sup>2</sup>                  | 100                           | 51                    | 49         |
| Fonds FASNAS / FADIB                                | 29                            | 19                    | 10         |
| OFFE  | 15                            | 5                     | 10         |
| Centres pour les personnes handicapées <sup>3</sup> | 38                            | 38                    | 0          |
| Coordination Programme RBC                          | 11                            | 5                     | 6          |
| Structures locaux <sup>4</sup>                      | 988                           | 249                   | 739        |
| <i>Atacora / Donga</i>                              | 151                           | 37                    | 114        |
| <i>Atlantique / Littoral</i>                        | 172                           | 54                    | 118        |
| <i>Borgou / Alibori</i>                             | 168                           | 48                    | 120        |
| <i>Mono / Couffo</i>                                | 142                           | 28                    | 114        |
| <i>Ouémé / Plateau</i>                              | 186                           | 46                    | 140        |
| <i>Zou / Collines</i>                               | 169                           | 36                    | 133        |
| <b>Total</b>  | <b>1.286</b>                  | <b>451</b>            | <b>835</b> |

Source: MFSN. Notes: (1) DPP, DRH et DRFM. (2) Il y a six directions techniques: la Direction de la Promotion de la Femme et du Genre, la Direction de la Famille, la Direction de l'Enfance et de l'Adolescence, la Direction de la Solidarité Nationale et de la Protection Sociale, la Direction de la Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées et la

Direction de la Mobilisation Sociale. (3) Les centres de Ségbéya, Akassato et Péporiyakou. (4) Les structures locales incluent les directions départementales, les CPS et les SSS. (5) L'effectif requis a été estimé en 2005.

Une minorité du personnel a reçu une formation de niveau universitaire et est ainsi de la catégorie A du personnel de la fonction publique. À ce niveau se trouvent les inspecteurs de l'action sociale, formés à l'École Nationale d'Administration, et les techniciens supérieurs de l'action sociale, formés à l'École Supérieure de l'Action Sociale. Le gros du personnel est composé des contrôleurs de l'action sociale (dans la catégorie B), qui ont le brevet d'études de premier cycle de l'enseignement secondaire et une formation technique à l'Institut National Médico-Social, ainsi que des assistants (catégorie C). La Direction des Ressources Humaines essaie de combler les déficits en connaissances techniques au travers d'ateliers et de cours de formation pour les fonctionnaires, y compris des cours de suivi-évaluation.

Il y a aussi une forte concentration du personnel à Cotonou, qui a été accentuée au long des années par la migration vers les zones urbaines et le gel de recrutement. Les services centraux souffrent, eux aussi, d'un manque de personnel, surtout dans les directions techniques, mais pas au même degré que dans les directions départementales, les CPS et les SSS. Des incitations seront nécessaires pour promouvoir le redéploiement d'agents de l'action sociale en faveur des communes à l'intérieur du pays.

Le manque d'effectifs dans les CPS, qui sont responsables pour la mise en œuvre des programmes d'appui aux groupes les plus vulnérables de la population, est particulièrement préoccupant. Bien que chaque centre nécessite théoriquement neuf agents pour la mise en œuvre effective de ces programmes au niveau des populations, en réalité presque tous les CPS disposent d'un seul agent, souvent au niveau professionnel de contrôleur de l'action sociale, qui doit mettre en œuvre les programmes des six directions techniques du MFSN. Ces agents, réagissant seuls à toute une gamme de défis, essaient de traiter, selon les mots d'un de nos interlocuteurs, « de tout et de rien ». Notons que cette contrainte en ressources humaines est encore plus grave dans les communes les plus larges, où un seul agent peut se trouver responsable de l'exécution des programmes dans un territoire de plusieurs milliers de kilomètres carrés.

## **7.4 Systèmes statistiques et suivi-évaluation**

Les statistiques administratives sur les programmes de protection sociale sont recueillies et analysées au niveau des ministères qui gèrent ces programmes. Les ministères ont leurs propres systèmes de suivi-évaluation, qui inclut des rapports trimestriels et annuels de performance, normalement produits par les Directions de la Planification et de la Prospective (DPP). Ces rapports, d'une qualité inégale selon les capacités des ministères qui les produisent, fournissent des données sur l'exécution des programmes, les activités et les résultats accomplis et les dépenses effectuées, par rapport aux plans de travail et budgets établis au début de l'année. Par exemple, le MFSN a commencé à publier des rapports trimestriels qui mesurent les progrès accomplis par rapport aux objectifs établis dans le plan annuel de travail et qui donnent des informations sur les taux d'exécution du budget. Les rapports donnent un tableau général de la gamme des activités envisagées par le ministère, quoique, à cette étape, ils ne mettent pas encore un accent fort sur les résultats (le nombre de personnes qui bénéficient des programmes etc.).

En ce qui concerne l'exécution budgétaire, les ministères utilisent les outils communs à toutes les structures du gouvernement, comme le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP), un système de gestion des dépenses qui existe depuis 2001. Il arrive parfois que les ministères rencontrent des difficultés dans l'utilisation du SIGFIP, soit parce que le système tombe quelquefois en panne, soit à cause de défaillances dans la maîtrise du logiciel. Le MFSN, par exemple, a noté que « la non maîtrise de l'outil informatique [...] entraîne le faible rendement dans l'exécution des tâches quotidiennes » (MFSN, 2009b).

Au niveau local, les CPS préparent des fiches de cas individuels et des rapports mensuels sur la situation de la mise en œuvre de leurs programmes de protection sociale. Ils envoient les rapports aux directions départementales, qui font la consolidation des informations reçues de leurs CPS et envoient des informations et données sommaires au niveau central du Ministère.

Un des systèmes de gestion d'information le plus développé jusqu'ici est la base de données ChildPro, financée par l'UNICEF et située à l'Observatoire de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (OFFE), organisme sous la tutelle du MFSN. Les CPS et d'autres organisations remplissent des fiches pour chaque enfant ayant besoin de protection. Ils renvoient ces fiches deux fois par an à la Direction départementale du Ministère, qui entre les informations dans une base de données. Le MFSN recueille de l'information synthétique et en produit des rapports. L'avantage du système est que chaque acteur dans le système, y compris les ONG, enregistre des informations sur l'enfant selon un format commun, ce qui permet l'identification des cas où un enfant a reçu de l'assistance de plusieurs organisations.

Bien que ce système facilite la compréhension de l'envergure des activités de protection de l'enfant au Bénin, il souffre actuellement de plusieurs faiblesses, dont le manque de moyens au niveau des directions départementales pour entrer toutes les fiches dans la base de données, ce qui fait que les rapports sont basés sur des informations partielles. L'équipement et le logiciel ne marchent pas toujours et les CPS n'ont pas d'accès direct à la base de données. L'information sur les enfants reste séparée de celle des adultes ayant un dossier de cas social. En outre, le système est limité au MFSN et aux ONG qui travaillent en liaison avec ce ministère au niveau local. Néanmoins, avec le renforcement des capacités, des améliorations dans les procédures et l'extension du système aux autres ministères qui s'occupent de programmes de protection sociale, comme le Fonds Sanitaire des Indigents géré par le Ministère de la Santé, il pourrait éventuellement constituer un système intégré de gestion d'information sur les bénéficiaires des programmes de protection sociale et ainsi jouer un rôle clef dans l'envoi de bénéficiaires à des programmes complémentaires ou comme mécanisme pour faciliter l'intervention d'autres ministères ou agences auprès d'individus ayant besoin d'un appui multiforme.

## 8 Conclusions et recommandations

Ce dernier chapitre présente très synthétiquement les principales conclusions des analyses des chapitres précédents et en tire quelques recommandations qui pourraient servir comme éléments d'orientation dans le processus d'élaboration d'une politique ou stratégie nationale de protection sociale. Ces recommandations pourraient aussi contribuer à la nouvelle SCRP, actuellement en cours d'élaboration.

### 8.1 Conclusions

**La vulnérabilité aux risques.** Chaque année plus de la moitié de la population subit au moins un choc de nature économique, environnementale ou sanitaire. D'autres risques sont d'ordre socioculturel. La vulnérabilité à ces divers chocs et risques varie selon le statut économique des ménages et la résidence géographique, parmi d'autres facteurs. La vulnérabilité économique est essentiellement liée à la pauvreté monétaire, qui touche 33,3% des ménages. Les ménages en milieu rural et dans les départements du nord sont généralement plus vulnérables que ceux des villes et du sud, en raison des disparités en infrastructures, en accès aux marchés et en accès aux services publics. Les départements du nord sont également plus exposés aux risques de sécheresse, alors que presque tous les départements sont vulnérables aux inondations, qui constituent un des risques environnementaux les plus fréquents.

La vulnérabilité varie aussi selon les étapes du cycle de la vie et le genre. Les enfants et les personnes âgées sont plus vulnérables que les adultes en âge de travailler, en raison respectivement de leur immaturité et de leur invalidité, et les femmes en âge de procréer sont vulnérables aux risques liés à la maternité. Les taux élevés de mortalité infantile et maternelle, surtout en milieu rural, dans les régions les plus défavorisées et parmi les quintiles les plus pauvres, sont particulièrement préoccupants. Les personnes affectées par les maladies chroniques, telles que le SIDA et la tuberculose, et par les handicaps se trouvent aussi dans un état de vulnérabilité et dépendance extrêmes. Les jeunes sont particulièrement vulnérables par rapport aux risques liés à la vie sexuelle, notamment en ce qui concerne le VIH/SIDA, et en termes de leur insertion dans le marché de l'emploi.

**Pertinence d'une approche de protection sociale qui vise le renforcement des capacités des couches vulnérables.** Dans ce contexte de vulnérabilité étendue et multiforme, les mesures et programmes de protection sociale devraient jouer un rôle clé dans les politiques de développement pour assurer non seulement la « protection » dans le sens passif du terme mais aussi pour renforcer la prévention des risques et surtout la « promotion » des ménages et des individus en situation de vulnérabilité. Ce qui implique le renforcement de leurs capacités en capital humain (à travers un meilleur accès aux services sociaux de base) et en capital productif et revenus afin qu'ils puissent se prendre en charge et sortir de leur situation sur une base durable. Vue sous cet angle, la protection sociale joue un rôle clé non seulement dans la défense des droits sociaux à court terme mais aussi dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et dans la réduction de la pauvreté à long terme.

**La protection sociale comme une des priorités de la politique de développement.** La protection sociale figure parmi les priorités énoncées dans les documents de planification et les stratégies de développement, y compris la SCRP de 2007 à 2009, bien que les actions à mettre en œuvre ne soient pas encore bien définies. Le PSNPS 2004-2013 se limite essentiellement aux programmes non contributifs d'action sociale (les secours et les services d'appui aux individus, ménages et communautés vulnérables), au lieu de prendre en compte la nature plurisectorielle de la protection sociale et la diversité des mécanismes de protection sociale. Néanmoins, la volonté du Gouvernement d'élargir la protection sociale est manifeste, comme elle est montrée par

l'importante décision prise par le Conseil des Ministres, en mai 2008, de créer le RAMU comme initiative majeure d'amélioration de la couverture nationale du risque maladie.

**Les limites des programmes actuels de protection sociale.** Cette étude a montré le faible niveau de développement de la protection sociale au Bénin. Moins de 10% de la population bénéficie des deux systèmes de sécurité sociale. Le mouvement mutualiste, initié en tant que modèle alternatif d'amélioration de l'accès financier des populations aux soins de santé, a de faibles taux d'adhésion (environ 1,8% de la population en 2009) et de pénétration dans ses zones de couverture respectives (entre 5% et 20% selon les cas), en raison de la nature non obligatoire de cette forme d'assurance (et le problème de sélection adverse), des facteurs culturels et les difficultés que les pauvres rencontrent pour payer les cotisations, parmi d'autres facteurs. Globalement, seulement 9% de la population est couverte actuellement par l'assurance maladie (dans le cadre du FNRB, des mutuelles de santé et de l'assurance privée). C'est cette situation de haute vulnérabilité aux risques sanitaires à laquelle le RAMU est censé donner une réponse de portée radicale.

L'assistance sociale reste limitée essentiellement aux secours fournis aux indigents (couvrant moins de 2.000 indigents par an), les cantines scolaires et l'appui alimentaire aux personnes affectées par le VIH/SIDA.

Les services de soutien psychosocial et les mesures de prévention et de réponse aux incidents d'abus, de violence et d'exploitation, sont de très petite envergure par rapport à l'importance des problèmes auxquels ils prétendent faire face (traite et travail des enfants, violences subies par les femmes et enfants, mariage précoce, etc.). En outre, ils sont fournis par un grand nombre d'organismes étatiques, confessionnels et non gouvernementaux, souvent avec l'appui financier de bailleurs de fonds bilatéraux, ce qui les rend fragmentées, mal coordonnées et difficiles à pérenniser.

En ce qui concerne les politiques de gratuité dans les secteurs sociaux, le Bénin a aboli les frais scolaires au niveau de l'enseignement maternel et primaire, mais il reste en vigueur d'autres frais (pour les uniformes, les fournitures scolaires et les examens) ainsi que des frais officiels ou informels, qui constituent des barrières d'accès à l'école et qui contribuent aux taux élevés d'abandon scolaire. Dans le secteur de la santé, la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans avait été annoncée par le Chef de l'État en décembre 2006 mais n'a pas encore été mise en application. Des mesures de gratuité plus restreintes ont été adoptées, notamment pour le traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose, pour les césariennes et pour quelques services préventifs. Compte tenu du faible couverture actuelle de l'assurance maladie, le maintien des frais d'utilisation pour la plupart des services sanitaires constitue une barrière importante aux soins, surtout pour les ménages les plus pauvres, bien que les problèmes au côté de l'offre des services (disponibilité et qualité des services) entravent aussi l'accès aux soins.

Des subventions à la consommation, qui constituent un transfert indirect aux ménages, ont été introduites (sous forme d'allègement des droits de douane) pendant plusieurs mois en 2007-2008 en réponse à l'impact de la hausse mondiale des prix alimentaires et énergétiques sur le pouvoir d'achat, mais ont profité plus aux ménages les plus aisés et ont été rapidement supprimées en raison de leur coût fiscal.

Le Gouvernement a aussi mis en œuvre plusieurs politiques, stratégies et mesures en appui à la promotion de l'emploi et des revenus, ainsi que des programmes d'appui à la sécurité alimentaire et au développement communautaire. Les programmes d'appui à l'emploi sont en général de petite envergure, contribuant peu à la réduction des taux très élevés de sous-emploi, surtout parmi les jeunes. Le développement des institutions de microfinance est plus notable, avec presque un million de clients en 2008, ce qui constitue environ 20% de la population active. Néanmoins, une large majorité de la population, incluant notamment les plus pauvres, ne jouit toujours pas d'accès

au microcrédit, qui d'ailleurs sert surtout à financer des activités à caractère commercial à court terme au lieu de financer l'investissement productif à long terme.

**Les contraintes de capacités et de ressources.** L'ampleur et l'efficacité de la protection sociale dépendent non seulement des politiques en la matière, mais aussi des capacités et ressources disponibles. L'inexistence d'un cadre institutionnel pour le « leadership » et la coordination dans ce domaine plurisectoriel et assez fragmenté apparaît comme un dysfonctionnement important du présent système de protection sociale au Bénin. La capacité de conception et d'exécution des programmes de protection sociale est aussi limitée par les faiblesses en ressources humaines, ainsi que la faiblesse du financement de la protection sociale « de base », qui avoisine seulement 0,9% des dépenses publiques totales ou 0,2% du PIB. Des sommes beaucoup plus importantes sont allouées au financement du déficit du FNRB et ont été consacrées aux subventions mal ciblées en 2007-2008. Le manque de capacité dans la collecte des données dans le domaine de la protection sociale fait en sorte que le gouvernement a de grandes difficultés à assurer le suivi de la mise en œuvre de ses politiques.

## **8.2 Recommandations**

Sur la base des analyses et conclusions de cet état des lieux, sont faites huit recommandations d'ordre général pour orienter le développement des politiques et programmes en vue de renforcer le dispositif de protection sociale au Bénin.

**(1) Adoption d'une politique nationale de protection sociale.** Comme il est mentionné ci-dessus, le PSNPS 2004-2013 se limite largement aux programmes non contributifs d'action sociale menés par l'actuel MFSN. L'adoption d'une politique nationale de protection sociale qui englobe toutes les dimensions de la protection sociale et à laquelle tous les ministères pertinents adhèrent est cruciale pour une meilleure cohérence et efficacité des programmes et mesures de protection sociale, ainsi que pour promouvoir une bonne coordination dans ce domaine plurisectoriel et assurer l'engagement politique nécessaire pour une mobilisation adéquate de ressources financières.

**(2) Renforcement de la coordination.** L'adoption d'une telle stratégie met en relief l'urgence de trouver des moyens de renforcement du « leadership » et de la coordination dans ce domaine, peut-être à travers le renforcement du rôle du MPDEPPCAG et/ou la création d'une Commission Nationale de la Protection Sociale. Les PTF devraient aussi contribuer à la promotion d'une meilleure coordination de la protection sociale à travers une harmonisation de leurs interventions, conformément aux principes de la Déclaration de Paris. La mise sur pied d'un groupe de type « SWAP » sur la protection sociale, regroupant les ministères, PTF et ONG concernées, faciliterait le dialogue parmi toutes les parties prenantes.

**(3) Capitalisation de l'expérience internationale dans les préparatifs du RAMU.** La création du RAMU est actuellement l'engagement le plus ambitieux du Gouvernement pour étendre la protection sociale. Toute une série d'études et de réunions de concertation avec les parties prenantes et concernées est actuellement en cours afin de définir l'architecture institutionnelle, le modèle de financement et les modalités de mise en œuvre du RAMU. En fait, la réalisation des objectifs du RAMU doit faire face à plusieurs enjeux d'ordre institutionnel, financier et opérationnel:

- Il y a le défi de mobiliser les ressources nécessaires pour rendre les primes de cotisation abordables aux populations et pour financer des exemptions en faveur des indigents ou d'autres groupes vulnérables. L'expérience internationale montre clairement que, sans de fortes subventions de l'Etat, un système national d'assurance maladie est voué à l'échec parce que les ménages les plus pauvres ne seraient pas capables de payer les cotisations requises et/ou les recettes des cotisations seraient insuffisantes pour assurer une couverture adéquate des risques (sans recours à des co-paiements au point de prestation des services). C'est aussi

une des leçons principales de l'expérience des mutuelles de santé au Bénin. Cette réalité indique que, pour assurer la réussite du RAMU, l'octroi de subventions importantes sera incontournable.

- La mise sur pied du RAMU doit être accompagnée de mesures pour améliorer l'offre des services de santé. Même si l'assurance est en principe obligatoire dans le cadre du RAMU, l'adhésion des populations va dépendre en grande partie des perceptions de la qualité des services auxquels l'assurance donne accès. En bref, les actions des deux côtés de l'offre et de la demande doivent aller de pair. Le cadre institutionnel du RAMU peut aussi jouer un rôle dans le sens d'inciter l'amélioration de la qualité des soins, si les organes du RAMU (l'ANAM et les Agences départementales) sont mandatés pour négocier des contrats avec les établissements de prestation de services. Néanmoins, le risque demeure que leur pouvoir de négociation soit faible, compte tenu de la situation existante de quasi-monopole du secteur public de santé, surtout en milieu rural. Au minimum, il est primordial que l'ANAM jouisse de pleine autonomie par rapport au principal fournisseur de services, le Ministère de la Santé.
- Il est recommandé de développer une approche structurante de partenariat en vue de promouvoir une articulation efficace avec les mécanismes existants d'assurance maladie (FNRB, MSSB, mutuelles de santé) et la participation d'autres acteurs clés comme la CNSS, les corps de métiers, les associations professionnelles et les ONG, comme prévu dans le schéma de base du RAMU. Cette approche inclut aussi la concertation avec les PTF en vue de mieux appréhender leurs intérêts, leurs attentes et leurs apports potentiels dans la mise en œuvre du RAMU. Dans le cas des employés du secteur formel, il serait relativement facile de faire en sorte qu'ils cotisent à travers les mécanismes existants du FNRB et du CNSS.
- Il sera important de documenter les cadres existants d'assurance nationale dans les pays à expériences similaires et d'en tirer les leçons pour informer les décisions sur la conception du RAMU. Les pays dans lesquels ces expériences ont été relativement positives, comme le Ghana et le Rwanda, seraient sans doute d'un intérêt particulier, mais il serait aussi utile de tirer les leçons des pays avec des expériences moins réussies, comme la Côte d'Ivoire, le Gabon et le Nigéria.

**(4) Extension de la gratuité dans les secteurs sociaux.** Dans le contexte des préparatifs du RAMU, la question de l'extension de la gratuité reste entière, surtout en ce qui concerne l'accès au paquet essentiel de services maternels et infantiles. L'assurance et la gratuité sont des mesures complémentaires plutôt que des options alternatives, compte tenu des difficultés rencontrées dans les pays comme le Ghana pour couvrir les quintiles les plus pauvres uniquement par l'assurance. Compte tenu des taux élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle, il est recommandé d'étudier l'option de l'introduction de la gratuité de soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans (comme déjà annoncée par le Chef de l'Etat en 2006) et pour les femmes enceintes, comme mesure complémentaire du RAMU.

A l'instar des systèmes d'assurance maladie, la réussite de toute politique de gratuité dépend en partie des mesures complémentaires pour améliorer la qualité de l'offre des soins de santé. En effet, la réussite d'une politique de gratuité dépend de plusieurs conditions préalables, y compris: i) un fort leadership politique ; ii) une compensation adéquate des recettes perdues par les structures sanitaires au niveau local ; iii) une augmentation du budget de la santé pour faire face à l'accroissement de la demande déclenché par l'introduction de la gratuité; iv) le dialogue avec le personnel du secteur sanitaire et, là où c'est nécessaire, le renforcement des ressources humaines; et v) le pré-positionnement des médicaments pour assurer une disponibilité adéquate.

Le Gouvernement devrait aussi étudier les options possibles de réponse aux barrières financières qui encore entravent l'accès à l'école des enfants de ménages pauvres, par exemple l'élargissement de l'actuel programme de distribution gratuite de fournitures scolaires et d'uniformes et/ou les cantines scolaires.

**(5) Renforcement des programmes d'appui à l'emploi et aux activités génératrices de revenus.** Ce volet de la protection sociale est primordial pour renforcer les revenus, l'épargne, les biens et la productivité des ménages les plus défavorisés et ainsi de réduire leurs niveaux de vulnérabilité sur une base durable. La microfinance contribue dans ce sens, mais les évidences suggèrent qu'elle est mal adaptée aux besoins des couches les plus pauvres, qui connaissent des difficultés pour accéder aux microcrédits et les gérer. Des transferts sociaux non remboursables paraissent plus appropriés à la situation de cette partie de la population (voir ci-dessous). En ce qui concerne la promotion de l'emploi, cette étude a constaté la relative faiblesse des résultats obtenus malgré l'existence de plusieurs programmes et projets. Il serait pertinent d'analyser la faisabilité d'autres options comme un programme de travaux publics à haute intensité de main d'œuvre. Les expériences de l'Ethiopie et de l'Inde avec de tels programmes pourraient servir comme exemples.

**(6) Etude de faisabilité sur les transferts sociaux.** Les transferts existants, comme les secours aux indigents, sont conçus comme forme de charité, octroyés ponctuellement ou pendant de courtes périodes à une petite frange de personnes indigentes, en réponse à demandes déposés par les postulants. Il est recommandé que le Gouvernement étudie les expériences d'autres pays en voie de développement, dont plusieurs pays africains comme l'Afrique du Sud, le Ghana, le Kenya, le Malawi et la Zambie, qui ont lancé des programmes de transferts sociaux réguliers au profit de ménages en situation de haute vulnérabilité. L'objectif de ces programmes est de renforcer les capacités des ménages afin qu'ils puissent se prendre en charge sur une base durable, renforcer la nutrition, la santé et la scolarisation de leurs enfants et sortir effectivement de leur situation de pauvreté et vulnérabilité chroniques. Des évaluations (voir par exemple Rawlings et Rubio, 2005, pour l'Amérique Latine et Miller et al, 2008, pour le Malawi) ont montré des impacts significatifs sur la nutrition, l'utilisation des services de santé, la scolarisation et d'autres indicateurs de développement humain, ainsi que sur le renforcement du capital productif des ménages pauvres. Une variante de cette approche serait un système de pensions sociales (non contributives) de vieillesse à l'instar de pays africains comme le Lesotho, l'Ile Maurice, le Swaziland, l'Afrique du Sud et la Namibie. Cependant, la mise sur pied de tels programmes dans le contexte béninois pourrait se heurter à divers défis d'ordre opérationnel, tels que des difficultés de ciblage, de capacité administrative et d'espace budgétaire, parmi d'autres. Il a déjà été décidé de mener une étude complémentaire à cet état des lieux, pour l'analyse de la faisabilité d'options différentes de transferts sociaux dans le contexte spécifique du Bénin, comme étape préalable à toute décision sur l'opportunité d'une telle approche.

**(7) Renforcement des capacités organisationnelles et en ressources humaines.** Pour assurer la mise en œuvre effective des mesures de renforcement et d'extension du dispositif de la protection sociale, il est indispensable de mettre sur pied des structures organisationnelles adéquates et de doter les ministères et agences concernés des ressources humaines requises. Le lancement du RAMU nécessitera la création d'une agence autonome avec des agences départementales déconcentrées au niveau des départements. La question de l'articulation organisationnelle du RAMU avec les mécanismes existants d'assurance maladie comme le FNRB, les mutuelles et les compagnies privées d'assurance reste entière.

Le lancement d'un programme non contributif de pensions de vieillesse ou d'autres types de transferts en espèces au profit de catégories vulnérables de la population nécessiterait également des mesures organisationnelles importantes, incluant une décision sur l'agence à laquelle serait attribué le mandat de gestion (MFSN, MPDEPPCAG, CNSS ou une nouvelle agence à créer?). Quelles que soient les options choisies concernant une telle initiative, il sera nécessaire de renforcer les capacités du MFSN, surtout au niveau des CPS, simplement pour assurer une meilleure mise en œuvre de ses programmes existants. L'augmentation des effectifs des CPS, qui couvrent actuellement la plupart des communes avec un seul agent de l'action sociale, devient critique.

**(8) Amélioration du financement de la protection sociale.** Le niveau actuel de financement des programmes de protection sociale « de base » est très faible : moins de 1% des dépenses publiques totales, ce qui implique une faible traduction des engagements politiques en allocations des ressources budgétaires. L'amélioration du financement de la protection sociale est plutôt une question d'engagement politique. La gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans, qui a été annoncée par le Chef de l'Etat en 2006 mais pas encore mise en œuvre, coûterait entre 15 et 26 milliards de francs CFA, soit entre 1,5% et 2,5% du budget annuel de l'Etat, selon l'étude de faisabilité sur la mise en application de cette mesure (Scen Afrik, 2008)., qui a fait remarquer que cette initiative est « financièrement faisable si les décideurs en font véritablement une priorité » (page 6).

Il est évident que le lancement du RAMU va requérir un niveau de financement beaucoup plus élevé. L'expérience ghanéenne montre l'importance des subventions publiques dans la mise en exécution d'un tel système d'assurance nationale afin de rendre les primes de cotisation accessibles aux ménages et de financer des exemptions au profit des indigents et d'autres catégories vulnérables de la population. Comme il en a été discuté dans l'encadré 6.1, le Ghana a lancé un impôt spécial, le *National Health Insurance Levy*, ajouté à la TVA et aux droits de douane à hauteur de 2,5% de la valeur des biens et services, pour financer le gros du NHIS. Il serait possible de chercher des solutions innovatrices de ce genre pour assurer le financement adéquat du RAMU et/ou d'un nouveau programme de transferts sociaux, comme une pension sociale de vieillesse.

Malgré les contraintes budgétaires que le Bénin doit gérer comme pays à faible revenu, l'amélioration du financement de la protection sociale sera faisable par le biais soit de l'accroissement des recettes publiques, lié à la reprise de la croissance économique post-crise, soit du réaménagement des dépenses publiques en faveur de programmes prioritaires.

## Annexe A Bibliographie

- Ali, Abib N. (2007). *Communication sur le Fonds National des Retraités du Bénin (principes, fonctionnement, forces et faiblesses et perspectives)*. Présentation à l'Atelier de réflexion pour l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale au Bénin, Cotonou, 09 et 10 mai 2007.
- Araujo Bonjean, C. (2000). *Les politiques de stabilisation des prix du coton en Afrique de la Zone Franc, Sont elles condamnées ?* Clermont-Ferrand : CERDI, Université d'Auvergne.
- Asante, F., et M. Aikins (2007). *Does the NHIS Cover the Poor?* Legon, Ghana: Institute of Statistical, Social and Economic Research and School of Public Health, University of Ghana.
- Atim, Chris, (2000). *La contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé. Synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre*. Cotonou : WSM, BCPA.
- Banque Mondiale (2008). *Benin : Contraintes à la Croissance et Perspectives de Diversification et d'Innovation*. Mémoire Economique sur le Pays. Washington, D.C.: PREM 4, Région Afrique, Banque Mondiale, 17 Juin.
- Barrère, B., M. Nouatin et B. Djaba (2007). *Mortalité des enfants de moins de cinq ans*. Cotonou : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique..
- Berman, H., Jennifer Hardesty et J. Humphreys (2004). « Children of abused women », sous la direction de J. Humphreys et J. Campbell, *Family Violence and Nursing Practice* (pages 150-185). New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- BIT (2009). *Benin Social Security Profile*. Disponible sur le site du programme STEP (Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté) du Bureau International du Travail. [<http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowCountryProfile.do?cid=327&aid=2>].
- BIT (1999). *Rapport du Directeur Général du BIT : Un travail décent*, 87<sup>e</sup> Session de la Conférence Internationale du Travail. Genève, Bureau International du Travail, juin.
- BIT-STEP (2008). *Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin, Rapport de suivi 2008*. Cotonou : Programme STEP (Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté) du Bureau International du Travail.
- CIDR (2007). *Promotion de Mutuelles de Santé dans les départements du Sud Borgou des Collines au Bénin*. Présentation PowerPoint. Berne, Suisse : Centre International de Développement et de Recherche, 30 novembre.
- CLEISS (2009). *Le régime béninois de sécurité sociale*. Disponible sur le site du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, Paris. [http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_benin.html](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_benin.html).
- CNLS (2009). *Rapport d'activités 2008*. Cotonou : Secrétariat Permanent, Comité National de Lutte contre le SIDA, Présidence de la République.
- CNSS (2010). *La CNSS en quelques chiffres*. Disponible sur le site de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, Cotonou. <http://www.cnssbenin.org/IMG/pdf/Statistique2008.pdf>.

- Comité des Droits de l'Enfant (2006). *Examen des rapport présentés par les états parties en application de l'article 44 de la convention. Observations finales: Bénin.*
- Concertation (2003). Inventaires de la Concertation régionale des acteurs des mutuelles de santé : 1997, 2000 et 2003. Dakar.
- CSSFD (2010). *Informations générales sur le secteur de la Microfinance, Extrait de la Base de données statistiques.* Cotonou, mars.
- Dasgupta, Partha, and Ismail Serageldin, ed. (2000). *Social Capital: A Multifaceted Perspective.* Washington, D.C.: The World Bank.
- Devereux, Stephen, et Rachel Sabates-Wheeler (2004) *Transformative Social Protection*, working paper 232, Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton, Royaume-Uni.
- FMI (2010). *Sub-Saharan Africa : Back to High Growth ? Regional Economic Outlook.* Washington, D.C. : Fonds Monétaire International, avril.
- FMI (2009). *Bénin : Lettre d'intention, Mémoire de politique économique et financière.* Washington, D.C. : Fonds Monétaire International, 22 juillet.
- FMI (2008). *The Balance of Payments Impact of the Food and Fuel Price Shocks on Low-Income Countries: A Country-by-Country Assessment.* Washington, D.C. : Fonds Monétaire International, 30 juin.
- Fonteneau, Bénédicte (2004). *Les défis des systèmes de micro assurance santé en Afrique de l'Ouest.* Bruxelles : VLIR/ DGCD.
- Gouvernement, UNESCO et Banque Mondiale (2008). *Le système éducatif béninois : analyse sectorielle pour une politique éducative plus équilibrée et plus efficace.* Rapport d'état du système éducatif national du Benin (RESEN-Bénin), version préliminaire, mai.
- Hodonou, Assogba, Damien Médédji, Armande Gninanfon et Astherve Totin (2010). *Dynamique de la pauvreté au Bénin : Approche par le processus Markovien.* PMMA Cahier de recherche 2010-01, Réseau de Recherche sur les Politiques Economiques et la Pauvreté. Cotonou, janvier.
- Hodonou, Assogba, et Damien Médédji (2006). *Microfinance et pauvreté au Bénin.* Cotonou : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique.
- Houinsa, D. (2008). *Femmes du Bénin au cœur de la dynamique du changement social.* Friedrich Ebert Stiftung.
- INSAE (2009). *Enquête modulaire intégrée sur les conditions de vie des ménages 2007, Rapport de synthèse.* Cotonou : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique.
- INSAE (2003). *Recensement général de la population et de l'habitation 3, Synthèse des résultats d'analyse.* Cotonou : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique.
- INSAE, PNLIS et Macro (2007). *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006.* Cotonou : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique avec la collaboration du Programme National de Lutte contre le Sida et Macro International, Inc., Calverton, Maryland, USA, novembre.

## **Partie I: Rapport sur l'état des lieux de la protection sociale**

- INSAE, PAM et UNICEF (2009). *Analyse globale de la vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition (AGVSAN), République du Bénin*. Cotonou : Gouvernement du Bénin (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique), Programme Alimentaire Mondial et UNICEF.
- ISPEC et al (2004). *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*. Cotonou : Institut Supérieur Panafricain d'Economie Coopérative, avec l'Institut Régional de Santé Public, Ouidah, Centre d'Economie Sociale de l'Université de Liège, Belgique, et l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles.
- Jadin, O. (2004). *La situation des personnes handicapées au Bénin. Diagnostic préliminaire et propositions d'action*.
- Kemoko, Moussa Alassane (2007). *La protection sociale au Benin : Régime géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale*. Présentation à l'Atelier de réflexion pour l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale au Bénin, Cotonou, 09 et 10 mai 2007.
- Kessou, T., L. Goutondji et A. Koto-Yerima (2009). *Rapport d'étude d'état des lieux en vue de faisabilité de la mise en place du Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin (RAMU)*. Cotonou : SCEN AFRIK.
- Labie M., I. Ngongang, M. Nyssens et P. Welé (2006). *Analyse de l'articulation entre microfinance et micro-assurance santé : réflexion à partir de trois cas béninois*. Working paper 2006/2, Centre de recherche Warocque, UMH, Belgique
- Letourmy, Alain, (2003). *Inventaires des systèmes d'assurance maladie en Afrique: synthèse des travaux de recherche dans 11 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique, Dakar, Sénégal*.
- Louis dit Guérin, Olivier (2006). *Association d'Entraide des Femmes, Bénin*. CGAP Working Group on Microinsurance Good and Bad Practices, case study no. 22. Disponible à [www.microfinancegateway.org/section/resourcecenters/microinsurance](http://www.microfinancegateway.org/section/resourcecenters/microinsurance).
- Maalla M'jid, Najat (2007a). *Politique et stratégies de protection de l'enfance au Bénin*. Cotonou : Ministère de la Famille et de l'Enfant, 28 novembre.
- Maalla M'jid, Najat (2007b). *Protection de l'enfance au Bénin : Plan d'actions stratégiques quinquennal 2008-2012*. Cotonou : Ministère de la Famille et de l'Enfant, 28 novembre.
- Mèdédji, D. (2009). *Reformes fiscales marginales et réduction de la pauvreté au Bénin*. Projet régional d'appui aux cadres nationaux de suivi évaluation des Stratégies de réduction de la pauvreté.
- MEF (2010). *Rapport d'avancement 2009 de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté*. Cotonou : Ministère de l'Economie et des Finances, juin.
- MEF (2008a). *Revue bimestrielle*, Janvier-Février. Cotonou : Ministère de l'Economie et des Finances.
- MEF (2008b). *Rapport trimestriel sur l'évolution macroéconomique et l'état d'avancement des réformes au Bénin*. Cotonou : Ministère de l'Economie et des Finances, Direction Générale de l'Economie.

- MEPDEAP (2007a). *Programme d'Actions Prioritaires de la SCRP 2007-2009*. Cotonou : Ministère de l'Economie, de la Prospective, du Développement et de l'Evaluation de l'Action Publique, avril.
- MEPDEAP (2007b). *Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté (SCRP) 2007-2009*. Cotonou : Ministère de l'Economie, de la Prospective, du Développement et de l'Evaluation de l'Action Publique.
- MFE (2007). *Etude nationale sur la traite des enfants. Rapport d'analyse*. Cotonou : Ministère de la Famille et de l'Enfant.
- MFPSS (2005). *Plan de formation du personnel 2006-2010*. Cotonou, Ministère de la Famille, de la Protection Sociale et de la Solidarité, juillet.
- MFPSS (sans date). *Politique et stratégies nationales de protection sociale (PSNPS) 2004-2013*. 2<sup>ème</sup> édition. Cotonou : Ministère de la Famille, de la Protection Sociale et de la Solidarité.
- MFSN (2010). *Plan de travail annuel 2010*. Cotonou : Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale.
- MFSN (2009a). *Plan de travail annuel 2009*. Cotonou : Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale.
- MFSN (2009b). *Rapport de la revue du premier trimestre 2009*. Cotonou : Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale.
- MFSN (2009c). *Point récapitulatif des dossiers de secours étudié au titre de 2008*. Cotonou : Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale.
- MFSN (2007). *Répertoire des orphelinats et structures d'accueil pour enfants en situation difficile*. Cotonou : Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale, décembre.
- Miller, Candace, Maxton Tsoka et Kathryn Reichert (2008). *Impact Evaluation Report, External Evaluation of the Mchinji Social Transfer Pilot*. Boston: Centre for International Health and Development, Boston University, for the Government of Malawi and UNICEF.
- MMEJF (2010). *Politique nationale de l'emploi et Plan d'actions 2010-2014*. Cotonou : Ministère de la Microfinance et de l'Emploi des Jeunes et des Femmes, février.
- Mongbo, Jean-Jacques, Y.B. Quenum et M. Megnanglo (2009). *Etudes socio-économiques de référence pour la mise en œuvre du Programme de Louvain pour la Coopération au Développement 2008-2013 dans les Communes de Houéyogbé et Bopa, Département du Mono*. Cotonou : Louvain Développement, Direction Régionale Afrique de l'Ouest.
- Mongbo Jean-Jacques (2007). *Comprendre les rationalités de l'individu dans son adhésion aux micros assurances et mutuelles de santé au Bénin : étude du cas de la mutuelle Tuko Saari de Bembéréké soutenue par PROMUSAF/ANMC/WSM*. Liège : Mémoire de DEA, Centre d'Economie Sociale, Université de Liège.
- Mongbo, Jean-Jacques (2006). *Capital social et pauvreté humaine dans la commune de Cobly au Nord-Ouest de l'Atacora : représentations, caractérisation et champs d'application au sein des ménages pauvres ou vulnérables*. Abomey : Mémoire de fin de 2<sup>ème</sup> cycle, option Economie, Université d'Abomey-Calavi.

## **Partie I: Rapport sur l'état des lieux de la protection sociale**

- Mongbo J.J., Y.B. Quenum et M. Mègnanglo (2009). *Etudes socio-économiques de référence pour la mise en œuvre du Programme de Louvain pour la Coopération au Développement 2008-2013 dans les Communes de Houéyogbé et Bopa, Département du Mono*. Cotonou : Louvain Développement, Direction Régionale Afrique de l'Ouest.
- Mongbo, Jean-Jacques, Jérémie Gnimadi et Ilère Ngongang (2009). *Etude des déterminants du paiement des cotisations au sein d'un échantillon de 6 Mutuelles de santé au Bénin : A la quête de stratégies alternatives pour le développement des mutuelles de santé*. Cotonou : Solidarité Mondiale (WSM).
- MPDEPPCAG et OCS (2009). *Rapport sur le profil social national. Edition 2008 : Protection sociale et pauvreté*. Rapport final. Cotonou : Ministère de la Prospective, du Développement et de l'Evaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale, et Observatoire du Changement Social, juillet.
- MS (2010a). *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)*. Version provisoire. Cotonou : Ministère de la Santé.
- MS (2010b). *Résumé sur la gratuité de la césarienne en République du Bénin (point au 11 janvier 2010) pour compte rendu au Secrétaire Général du Ministère de la Santé*. Cotonou : Ministère de la Santé.
- MS (2009a). *Budget programme 2010-2012, Secteur Santé, Propositions budgétaires*. Cotonou : Cabinet, Direction des Ressources Financières et du Matériel et Direction de la Programmation et de la Prospective, Ministère de la Santé, 18 octobre.
- MS (2009b). *Annuaire des statistiques sanitaires (ASS) 2008*. Cotonou : Direction de la Programmation et de la Prospective, Ministère de la Santé, septembre.
- MS (2009c). *Rapport de performance 2008*. Cotonou : Direction des Ressources Financières et du Matériel et Direction de la Programmation et de la Prospective, Ministère de la Santé, juillet.
- MS (2009d). *Atelier technique sur le Régime d'Assurance Maladie Universel et le Fonds de Solidarité Nationale du Bénin, 14 et 15 juillet 2009, Rapport final*. Cotonou : Ministère de la Santé, Point Focal du RAMU.
- MS (2009d). *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018*. Version provisoire. Cotonou : Direction de la Programmation et de la Prospective, Ministère de la Santé.
- MS (2008a). *Rapport de performance 2007 du Ministère de la Santé*. Cotonou : Direction des Ressources Financières et du Matériel et Direction de la Programmation et de la Prospective, Ministère de la Santé, décembre.
- MS (2008b). *Annuaire des statistiques sanitaires (ASS) 2007*. Cotonou : Direction de la Programmation et de la Prospective, Ministère de la Santé, octobre.
- MS, USAID, PROMUSAF et la Concertation (2008). *Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé 2009-2013*. Cotonou : Ministère de la Santé avec USAID, Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique et la Concertation, mai.
- MSP (2006). *Comptes nationaux de la santé, exercice 2003*. Cotonou : Ministère de la Santé Publique, avril.

- MSP (2005a). *Politiques, normes et procédures pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Bénin*. Version abrégée. Cotonou : Programme National de Lutte contre le SIDA/IST, Ministère de Santé Publique, août.
- MSP (2005b). *Mécanisme d'utilisation du fonds sanitaire des indigents*. Cotonou: Ministère de la Santé Publique, juillet.
- MSP (2004). *Etude sur la rationalisation de l'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents au Bénin*. Rapport préliminaire. Cotonou : Direction de la Programmation et de la Prospective, Ministère de la Santé Publique, mars.
- MSP (2003). *Document de politique et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin*. Service Santé Communautaire, Direction Nationale de la Protection Sanitaire, Ministère de la Santé Publique, avec OMS.
- MSP et MFE (2005). *Arrêté interministériel année 2005 No 743/MFE/MSP/CAB/SP*. Mise en place du mécanisme d'utilisation du fonds sanitaire des indigents. Cotonou: Ministère de la Santé Publique et Ministère des Finance et de l'Economie, 13 juin.
- NDPC (2009). *GPRS II Participatory M&E: Citizens Assessment of the National Health Insurance Scheme, 2008*. Accra: National Development Planning Commission.
- ODI et UNICEF (2009a). *Strengthening Social Protection for Children, West and Central Africa*. London: Overseas Development Institute. Dakar: Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et de Centre, UNICEF.
- ODI et UNICEF (2009b). *Social Protection and Children: Opportunities and Challenges in Ghana*. London: Overseas Development Institute. Accra: UNICEF.
- ONU (2009). *The Global Financial Crisis and its Impact on the Work of the UN System*. UN System Chief Executives Board for Coordination, April.
- ONU-CDE (2006). *Examen des rapports présentés par les Etats parties en application de l'article 44 de la convention. Observations finales: Bénin*. Genève : Organisation des Nations Unies, Comité des Droits de l'Enfant.
- PNLS (2008). *Enquête de Surveillance de Deuxième Génération des IST/VIH/SIDA*. Cotonou : Programme National de Lutte contre le SIDA.
- PNUD (2007). *Rapport sur le Développement Humain au Bénin 2007-2008, Responsabilité sociale, corruption et développement humain durable*. Cotonou : Programme des Nations Unies pour le Développement.
- PNUD (2003). *Rapport sur le Développement Humain au Bénin, Le Financement du Développement Humain*. Cotonou : Programme des Nations Unies pour le Développement.
- PNUD (2000). *Etudes nationales de perspectives à long terme - Bénin 2025*. Cotonou : Programme des Nations Unies pour le Développement.
- Présidence de la République (2006a). *Décret No 2006-408 du 10 août 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère du Travail et de la Fonction Publique*. Cotonou : Présidence de la République.

## **Partie I: Rapport sur l'état des lieux de la protection sociale**

- Présidence de la République (2006b). *Décret No. 2006-228 du 18 mai 2006 portant réglementation des secours gérés par le Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant*. Cotonou : Présidence de la République.
- Putnam, Robert. (2000), "Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community". New York: Simon and Schuster.
- Putnam, Robert (1995). « Social Capital : A Multifaceted Perspective publiée par la Banque Mondiale et éditée par Partha Dasgupta et Ismaël Serageldin aux Etats Unis
- Rawlings, L.B., et G.M. Rubio (2005). 'Evaluating the Impact of Conditional Cash Transfer Programmes', *The World Bank Research Observer*, vol. 20, no. 1, Spring, pages 29-55.
- République du Bénin (2007). *Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté*. Cotonou, novembre.
- République du Bénin (2006a). *Orientations stratégiques de développement du Bénin (2006-2011) : le Bénin émergent*. Cotonou : novembre.
- République du Bénin (2006b). *Plan décennal de développement du secteur de l'Education 2006-2015*. Cotonou : Ministères en charge de l'Education, octobre.
- République du Bénin (2006c). *Politique, normes et procédures de la prise en charge psychosociale des PVVIH et des OEV*. Cotonou, juillet.
- République du Bénin et UNICEF (2009). *L'expérience du Bénin*. Atelier de formation sur « Assurer le succès des politiques d'abolition des frais scolaires », Bénin-Congo Brazza-Mali et Togo, à Cotonou, Bénin, 22-26 juin 2009.
- République du Bénin et PMC (2008). *Stratégie d'opérationnalisation et déclinaison en plans d'investissements sectoriels de la vision 2025, « Agenda vers une économie émergente »*. Rapport final. Cotonou : Gouvernement du Bénin et Performances Management Consulting, décembre.
- République du Bénin et PMC (2006). *Bénin 2025 : Agenda vers une économie émergente. Phase 1 : Identification des piliers potentiels de l'économie béninoise en 2025 et esquisse d'une vision d'avenir*. Cotonou : Gouvernement du Bénin et Performances Management Consulting, novembre.
- République du Bénin (2000). *Bénin 2025 : Alafia (Stratégies de Développement du Bénin à Long Terme)*. Cotonou : Ministère d'État chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale, du Plan, du Développement et de la Promotion de l'Emploi.
- Rousseau, S. (2003). *Capabilités, risques et vulnérabilités*. C3ED, Université de Versailles-St-Quentin-en-Yvelines.
- SCEN AFRIK (2008). *Etude de l'offre gratuite des soins aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes, y compris la césarienne*. Rapport provisoire. Cotonou : Service de consultation et d'expertise nouvelles en Afrique, pour le Ministère de la Santé, octobre.
- Sobel Joël (2002). 'Can We Trust Social Capital?' *Journal of Economic Literature*, Vol XL, pages 139-154.

Togonou, H., et B. Nouatin (2007 ou 2008 ?). Disponibilité des services communautaires. Cotonou : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique.

Twagilimana, Uzziel (2005). Stratégies pour l'extension de *la protection sociale, cas du Bénin*. WSM-CNV Internationaal (Afrique), août.

UA (2008). *Cadre de politique sociale africaine*. Première session de la Conférence des ministres en charge du développement social, 27-31 octobre 2008, Windhoek (Namibie). Document CAMSD/EXP/ 4(I), Rev. 1. Addis-Abeba : Union Africaine.

Vodonou, C. (2009). *Dynamique de la pauvreté au Bénin*. Document de travail. Cotonou : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique.

## Annexe B Liste des personnes rencontrées

### Ministère de la Prospective, du Développement et de l'Évaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Antonin Dossou          | Directeur du Cabinet   |
| Dieudonné Dahoun        | Directeur Général des Politiques du Développement              |
| Tovissou Mathieu Koukpo | Directeur de la Prospective et de la Planification Stratégique |

### Ministère de la Santé

|                   |   |
|-------------------|---|
| Dorothée Yevide   | Directrice de Cabinet   |
| Valère Goyito     | Secrétaire Général du Ministère                                 |
| Hugues Tchibozo   | Point focal, Assurance Maladie Universelle                      |
| Alphonse Akpamoli | Directeur Adjoint de la Programmation et de la Prospective      |
| Edmond Danhoegbe  | Direction de la Programmation et de la Prospective              |
| Raymond Amoussou  | Direction de la Programmation et de la Prospective              |
| Marcellin Ayi     | Chef des Services de Santé Communautaire                        |
| Anicet Adjin      | Point focal mutuelles de santé, Services de Santé Communautaire |

### Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Rigobert Hounnouvi        | Secrétaire Général du Ministère  |
| Emile Ekpinsse            | Secrétaire Général Adjoint   |
| Zacharie G. Assogba       | Directeur des Ressources Financières et du Matériel                      |
| Lamatou Nassirou          | Directrice des Ressources Humaines                                       |
| Roger Ganhoui             | Directeur Adjoint des Ressources Humaines                                |
| Sylvie Flore Sogbossi     | Directrice Adjointe de l'Enfance et de l'Adolescence                     |
| Raliatou Adimi Akpabo     | Directrice de la Famille   |
| Albertine Vignon          | Directrice de Réadaptation et de l'Intégration des Personnes Handicapées |
| Codjo Cyprien Sossa       | Suivi-Evaluation, Direction de la Programmation et de la Prospective     |
| Antoinette Bonou Houédété | Directrice Adjointe, Direction Départementale Atlantique-Littoral        |
| Mathilde Kazotti          | Technicien, Chef CPS Ouidah  |

### Ministère du Travail et de la Fonction Publique

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Mémouna Kora Zaki Leadi | Directrice Générale du Travail                           |
| Cosme Kangnide          | Administrateur du Travail, Direction Générale du Travail |

### Ministère de la Microfinance et de la Promotion de l'Emploi des Jeunes et des Femmes

|              |   |
|--------------|---|
| Eusèbe Agoua | Conseiller technique à la promotion de l'emploi |
|--------------|---|

### **Afric-Mutualité**

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| Cyriaque Laleyé    | Directeur         |
| Anicette Babadjide | Chargé de projets |
| Luc Laly           | Chargé de projets |

### **Partenaires financiers et techniques**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Alain Decoux          | Attaché et Chargé de Programmes, Délégation de l'Union Européenne        |
| Mercy Athiou Tohi     | Coordinatrice Nationale, Programme STEP, Bureau International du Travail |
| Dramane Adam Batchabi | Expert national, Programme STEP, Bureau International du Travail         |

### **UNICEF**

|                        |                                       |
|------------------------|---------------------------------------|
| Souleymane Diallo      | Représentant de l'UNICEF              |
| Isabelle Sévédé-Bardem | Représentante Adjointe de l'UNICEF    |
| Hamidou Poufon         | Chef, Politiques Sociales, UNICEF     |
| Arnaud Houndeganme     | Chargé de Suivi et Evaluation, UNICEF |
| Jacques Hassan         | Spécialiste Santé, UNICEF             |
| Tharcienne Ndiokubwayo | Chef, VIH/SIDA, UNICEF                |
| Anne-Sophie Le Dain    | Spécialiste Nutrition, UNICEF         |
| Jean Lokenga           | Chef, Protection de l'Enfant, UNICEF  |
| Alima Marcos Boukary   | Chef de section Education par intérim |

## Annexe C Tableaux supplémentaires

Tableau C.1 Statistiques de la CNSS, 2004-2008 (en millions de francs CFA)

|   | 2004    | 2005    | 2006    | 2007    | 2008    |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| <b>Adhérents et cotisations</b>                       |         |         |         |         |         |
| Travailleurs assurés (no.)                            | 138.456 | 141.581 | 153.127 | 166.232 | 185.265 |
| Cotisations encaissées                                | 21.676  | 22.029  | 25.012  | 27.257  | 32.468  |
| Taux de recouvrement (%)                              | 93      | 95.74   | 89.56   | 94.88   | 96.24   |
| <b>Branche des prestations familiales</b>             |         |         |         |         |         |
| Cotisations   | 10.188  | 9.957   | 12.130  | 12.114  | 14.416  |
| Prestations familiales                                | 1.524   | 2.096   | 1.819   | 2.409   | 2.264   |
| dont: allocations familiales                          | 1.512   | 2.002   | 1.768   | 2.327   | 2.175   |
| Taux (prestations en % des cotisations)               | 15.0    | 21.1    | 15.0    | 19.9    | 15.7    |
| Bénéficiaires d'allocations familiales (no.)          | n.d.    | n.d.    | n.d.    | 38.319  | 42.786  |
| <b>Branche des risques professionnels</b>             |         |         |         |         |         |
| Cotisations   | 2.335   | 2.291   | 2.664   | 2.729   | 3.364   |
| Prestations (rentes)                                  | 344     | 236     | 255     | 213     | 285     |
| Taux (prestations en % des cotisations)               | 14.7    | 10.3    | 9.6     | 7.8     | 8.5     |
| Bénéficiaires de rentes (no.)                         | 973     | 999     | 1.051   | 1.041   | 1.056   |
| <b>Branche des pensions</b>                           |         |         |         |         |         |
| Cotisations   | 11.386  | 11.088  | 13.538  | 13.560  | 16.067  |
| Prestations de pensions                               | 6.584   | 7.368   | 7.909   | 9.088   | 9.111   |
| Taux (prestations en % des cotisations)               | 57.8    | 66.5    | 58.4    | 67.0    | 56.7    |
| Pensionnés (no.)                                      | 14.877  | 16.527  | 17.541  | 18.487  | 17.695  |
| <b>Dépenses globales (millions de FCFA)</b>           |         |         |         |         |         |
| Dépenses techniques (prestations)                     | 8.451   | 9.700   | 9.983   | 11.710  | 11.660  |
| Action sanitaire et sociale                           | 177     | 186     | 191     | 159     | 191     |
| Gestion administrative, immobilière et des placements | 6.282   | 6.605   | 6.694   | 11.738  | 8.440   |
| Total général   | 14.910  | 16.491  | 16.868  | 23.608  | 20.291  |

Source : CNSS (2010).

Tableau C.2 Répartition des mutuelles de santé par promoteur et par département

| Département         | Promoteur        | Mutuelles  | Adhérents     | Bénéficiaires  |
|---------------------|------------------|------------|---------------|----------------|
| Alibori             | ADMAB            | 4          | 489           | 1.519          |
|                     | PISAF            | 38         | 6.323         | nd             |
|                     | <b>Total</b>     | <b>42</b>  | <b>6.812</b>  | <b>1.519</b>   |
| Atacora             | SOLIDEV          | 5          | 437           | 3.103          |
|                     | ADMAB            | 2          | 297           | 980            |
|                     | LD               | 2          | 162           | ND             |
|                     | <b>Total</b>     | <b>9</b>   | <b>896</b>    | <b>4.083</b>   |
| Atlantique          | CBDIBA           | 1          | 419           | 419            |
|                     | PROMUSAF         | 7          | 1.293         | 2.651          |
|                     | <b>Total</b>     | <b>8</b>   | <b>1.712</b>  | <b>3.070</b>   |
| Borgou              | ADMAB            | 1          | 174           | 255            |
|                     | PROMUSAF         | 9          | 1.938         | 6.081          |
|                     | BIT/STEP         | 1          | 237           | 948            |
|                     | PISAF            | 4          | 1.281         | nd             |
|                     | RAS              | 20         | 2.026         | 30.311         |
|                     | <b>Total</b>     | <b>35</b>  | <b>5.656</b>  | <b>37.595</b>  |
| Collines            | BORNFONDEN       | 5          | 1.359         | 6.795          |
|                     | PROMUSAF         | 3          | 451           | 855            |
|                     | PISAF            | 11         | 1.693         | nd             |
|                     | RAS              | 9          | 1.015         | 9.782          |
|                     | <b>Total</b>     | <b>28</b>  | <b>4.518</b>  | <b>17.432</b>  |
| Couffo              | CBDIBA           | 3          | 1.356         | 1.356          |
|                     | PROMUSAF         | 1          | 49            | 107            |
|                     | Afric'Mutualité  | 1          | 536           | 164            |
|                     | <b>Total</b>     | <b>5</b>   | <b>1.941</b>  | <b>1.627</b>   |
| Donga               | ADMAB            | 2          | 417           | 631            |
|                     | BORNFONDEN       | 5          | 966           | 4.830          |
|                     | Afric'Mutualité  | 6          | 5.299         | nd             |
|                     | <b>Total</b>     | <b>13</b>  | <b>6.682</b>  | <b>5.461</b>   |
| Littoral            | PROMUSAF         | 1          | 93            | 93             |
|                     | BIT/STEP         | 1          | 3.405         | 4.475          |
|                     | Afric' Mutualité | 1          | 2.731         | 4.615          |
|                     | <b>Total</b>     | <b>3</b>   | <b>6.229</b>  | <b>9.183</b>   |
| Mono                | BorneFonden      | 9          | 3.483         | 17.415         |
|                     | GROPERE          | 3          | 2.152         | 755            |
|                     | PROMUSAF         | 1          | 87            | 192            |
|                     | <b>Total</b>     | <b>13</b>  | <b>5.722</b>  | <b>18.362</b>  |
| Ouémé               | ADMAB            | 2          | 406           | 470            |
|                     | BIT/STEP         | 1          | 374           | 750            |
|                     | <b>Total</b>     | <b>3</b>   | <b>780</b>    | <b>1.220</b>   |
| Plateau             | ADMAB            | 1          | 111           | 195            |
|                     | BIT/STEP         | 1          | 719           | 1.515          |
|                     | Afric' Mutualité | 1          | 703           | 1.317          |
|                     | <b>Total</b>     | <b>3</b>   | <b>1.533</b>  | <b>3.027</b>   |
| Zou                 | ADMAB            | 1          | 104           | 450            |
|                     | BORNFONDEN       | 5          | 1.726         | 8.630          |
|                     | CBDIBA           | 6          | 2.398         | 2.398          |
|                     | BIT/STEP         | 1          | 702           | 1.509          |
|                     | Afric'Mutualité  | 9          | 3.719         | nd             |
|                     | PISAF            | 6          | 262           | nd             |
|                     | <b>Total</b>     | <b>28</b>  | <b>8.911</b>  | <b>12.987</b>  |
| Tous départements   | MUSANT           | 1          | 4.459         | 24.760         |
|                     | <b>Total</b>     | <b>1</b>   | <b>4.459</b>  | <b>24.760</b>  |
| <b>Total global</b> |                  | <b>191</b> | <b>55.851</b> | <b>140.326</b> |

Source : Base de données d'Afric'Mutualité.

**Tableau C.3 Institutions de microfinance au Bénin, 1998-2002**

|   | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|------|------|------|------|------|
| Nombre d'établissements de détail                   | 104  | 104  | 163  | 219  | 219  |
| Nombre de clients actifs (milliers)                 | 84   | 83   | 70   | 98   | 147  |
| Total des dépôts d'épargne (milliards de FCFA)      | 19   | 20   | 22   | 26   | 32   |
| Total encours de prêts (milliards de FCFA)          | 18   | 16   | 14   | 23   | 46   |
| Dépôt moyen/client (milliers de FCFA)               | 230  | 246  | 312  | 269  | 220  |
| Dépôt moyen/client (\$ US)                          | 410  | 376  | 442  | 362  | 352  |
| Solde de prêt moyen (milliers de FCFA)              | 218  | 198  | 202  | 239  | 315  |
| Solde de prêt moyen (\$ US)                         | 388  | 303  | 287  | 321  | 504  |
| Dépôts moyens (% du PIB par tête)                   | 108  | 99   | 116  | 95   | 93   |
| Solde de prêt moyen (% du PIB par tête)             | 102  | 80   | 75   | 84   | 133  |
| Dépôts auprès des IMF/dépôts auprès des banques (%) | 9    | 9    | 8    | 9    | 10   |
| Prêts par les IMF/prêts bancaires (%)               | 7    | 16   | 12   | 19   | 29   |

Source : Cellule Microfinance, Ministère des Finances et de l'Economie.

**Tableau C.4 Opérations et clientèle des institutions de microfinance, 2004-2008**

|                      | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------|------|------|------|------|------|
| Dépôts               | 40,3 | 39,7 | 38,6 | 43,1 | 47,5 |
| Encours bruts        | 75,7 | 74,3 | 59,9 | 52,5 | 55,0 |
| Clientèle (milliers) | 565  | 660  | 680  | 748  | 978  |

Source : CSSFD, 2008.

Tableau C.5 Budget du MFSN, 2010 (en milliers de francs CFA)

|  |                  |
|--|------------------|
| <b>DEPENSES DE FONCTIONNEMENT</b>                                    | <b>4.035.217</b> |
| <b>Dépenses de personnel</b>   | <b>1.089.523</b> |
| <b>Achats de biens et services</b>                                   | <b>413.783</b>   |
| <b>Transferts</b>  | <b>2.009.437</b> |
| Fonds d'appui au budget PERAC  | 75.000           |
| Activités de la Direction de la Mobilisation Sociale                 | 45.000           |
| FADIB  | 150.000          |
| Fonds de Prévention des Risques Sociaux et de Gestion des Indigences | 60.000           |
| Promotion de la Famille  | 25.000           |
| Promotion de l'Enfant  | 30.000           |
| Réintégration des personnes en situation de handicap                 | 85.000           |
| FASNAS   | 100.000          |
| Centre des aveugles et malvoyants de Sègbèya                         | 27.000           |
| Halte Garderie   | 20.000           |
| OFFE   | 24.010           |
| Centre Péporiyakou   | 22.000           |
| Subventions aux orphelinats  | 50.000           |
| Secours à l'intérieur du Bénin                                       | 112.000          |
| Promotion de la condition féminine                                   | 40.000           |
| Programme d'Appui à la Promotion de la Femme                         | 20.000           |
| Centre d'Akassato  | 22.000           |
| Programme de Gestion de Services (PAGS) du DRFM                      | 301.427          |
| Lutte contre le trafic des enfants                                   | 31.000           |
| Cellule Coeur d'Espoir   | 32.000           |
| Programme d'Appui à la Promotion des Initiatives Sociocommunitaires  | 300.000          |
| RESOPE   | 5.000            |
| Appui à l'épanouissement des personnes handicapées                   | 25.000           |
| Appui à la chaîne PPBS   | 5.000            |
| Appui à la cellule genre   | 5.000            |
| Appui à la gestion des statistiques                                  | 3.000            |
| Cellule communication  | 20.000           |
| Appui aux activités d'inspection et de vérification                  | 20.000           |
| Subvention à la cellule de passation de marchés publics              | 15.000           |
| Appui aux activités de la DRH  | 20.000           |
| Appui au fonctionnement du Secrétariat Général du Ministère          | 10.000           |
| Centre des aveugles et malvoyants de Parakou                         | 10.000           |
| FARIPH   | 300.000          |
| <b>Charges Communes</b>  | <b>198.652</b>   |
| <b>Budget d'équipement socio-administratif</b>                       | <b>323.822</b>   |
| <b>DEPENSES EN CAPITAL</b>   | <b>2.407.281</b> |
| <b>TOTAL</b>   | <b>6.442.498</b> |

Source: MFSN.

## Annexe D Répertoire des PTF impliqués dans l'appui à la protection sociale

| Politique de protection sociale | Assurance sociale |      | Transferts sociaux |                       |   | Services d'action sociale   |                                |   |                      |                                |
|---------------------------------|-------------------|------|--------------------|-----------------------|---|-----------------------------|--------------------------------|---|----------------------|--------------------------------|
|                                 | Mutuelles         | RAMU | Cantines scolaires | Fournitures scolaires | Aide alimentaire aux ménages affectés par le VIH/SIDA | Traite et travail d'enfants | Autres programmes pour enfants | Appui aux personnes de 3 <sup>ème</sup> âge | Appui aux handicapés | Promotion de la femme et genre |
| Allemagne                       | √                 |      |                    |                       |   |                             |                                |   |                      |                                |
| Belgique                        | √                 |      |                    |                       |   |                             |                                |   |                      | √                              |
| Danemark                        | √                 |      |                    |                       |   |                             |                                |   |                      | √                              |
| France                          | √                 | √    |                    |                       |   |                             |                                |   |                      |                                |
| Etats-Unis                      | √                 |      |                    |                       |   |                             |                                |   |                      |                                |
| Suisse                          | √                 | √    |                    |                       |   |                             |                                |   |                      | √                              |
| BAD                             | √                 |      |                    |                       |   |                             |                                |   |                      |                                |
| Banque Mondiale                 |                   | √    |                    |                       |   |                             |                                |   |                      |                                |
| UE                              |                   |      |                    |                       |   |                             |                                |   |                      |                                |
| BIT                             | √                 | √    |                    |                       |   | √                           |                                |   |                      |                                |
| PAM                             |                   |      | √                  |                       | √   |                             |                                |   |                      |                                |
| UNFPA                           |                   |      |                    |                       |   |                             |                                | √   |                      | √                              |
| UNICEF                          | √                 | √    |                    | √                     |   | √                           | √                              |   |                      |                                |