



REPUBLIQUE DU BENIN

Fraternité, Justice, Travail



***POLITIQUE HOLISTIQUE
DE PROTECTION SOCIALE
AU BENIN***

Mars 2013

unicef 
unite for children

Table des matières

Liste des Tableaux	4
Liste des figures	4
Liste des graphiques	4
Sigles et acronymes	5
RESUME	7
INTRODUCTION	10
I. Diagnostic stratégique	12
1.1 Conceptualisation de la protection sociale	12
1.1.1 Assistance sociale	12
1.1.2 Assurance sociale	12
1.1.3 Services d'actions sociales ou services sociaux d'appui aux groupes vulnérables	12
1.2 Diagnostic des risques et de la vulnérabilité	13
1.2.1 Les principaux types de risques	13
1.2.1.1 Risques économiques	14
1.2.1.2 Risques sanitaires	14
1.2.1.3 Risques sociaux	16
1.2.1.4 Risques culturels	16
1.2.1.5 Risques environnementaux	17
1.2.2 Les facteurs de vulnérabilité	18
1.2.3 Analyse de la capacité de gestion des risques	25
1.3 Diagnostic du dispositif actuel de protection sociale	26
1.3.1 Assurance sociale	26
1.3.2 Assistance sociale	29
1.3.2.1 Transferts sociaux	29
1.3.2.2 Les subventions à la consommation	31
1.3.2.3 Politiques de gratuité dans les secteurs sociaux	31
1.3.2.4 Promotion de l'emploi par l'approche HIMO	33
1.3.3 Services d'action sociale	35
1.3.4 Cadre législatif et réglementaire, capacités institutionnelles et financement de la protection sociale	36
1.3.4.1 Cadre législatif et réglementaire	36
1.3.4.2 Capacités institutionnelles	37
1.3.4.3 Financement de la protection sociale	38
1.3.5 Contraintes et atouts majeurs	39
1.3.6 Défis majeurs à relever	40
II. Fondement, principes, vision, objectifs et orientations et axes stratégiques	41
2.1 Fondement	41

2.1.1	Au plan international	41
2.1.2	Au plan national	42
2.2	Vision	42
2.3	Principes directeurs	42
2.4	OBJECTIFS	44
2.5	Orientations stratégiques	44
2.6	AXES STRATEGIQUES	44
	OBJECTIF SPECIFIQUE 1 : INTENSIFIER LES MESURES EN FAVEUR DES	45
	GROUPES LES PLUS VULNERABLES	45
	Orientation stratégique 1.1 : Promotion des transferts sociaux	46
	Axe 1.1.1 : Promotion des transferts sociaux directs	46
	Axe 1.1.2 : Renforcement des mesures de gratuité et de subvention	46
	Orientation stratégique 1.2 : Renforcement des services d'actions sociales	47
	Axe 1.2.1 : Renforcement du travail social en faveur des familles et individus à risque élevé	47
	Axe 1.2.2 : Amélioration de la gestion des catastrophes en faveur des groupes les plus vulnérables	48
	OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : RENFORCER LE SYSTEME D'ASURANCE SOCIALE	48
	Orientation stratégique 2.1 : Extension du système d'assurance sociale	49
	Axe 2.1.1 : Consolidation du régime d'assurance maladie universelle (RAMU)	49
	Axe 2.1.2 : Extension de la sécurité sociale aux secteurs informel et agricole	49
	Orientation stratégique 2.2 : Renforcement des régimes contributifs existants (mutuelles, FNRB, CNSS)	50
	Axe 2.2.1 : Renforcement de l'équilibre financier des régimes existants	51
	Axe 2.2.2 : Amélioration de la gestion des régimes existants	51
	OBJECTIF SPECIFIQUE 3 : AMELIORER LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE	52
	Orientation stratégique 3.1 : consolidation du cadre législatif et réglementaire	52
	AXE 3.1.1 : Renforcement du système légal en matière de protection sociale	52
	AXE 3.1.2 : Renforcement de l'application des textes législatifs et réglementaires	53
III.	SOCLE DE PROTECTION SOCIALE	53
3.1	L'accès universel aux soins de santé	54
3.2	La prise en charge des enfants	55
3.3	Amélioration de la consommation des ménages les plus pauvres et les plus vulnérables	56
3.4	Prise en charge et promotion des groupes spécifiques en situation de vulnérabilité extrême	56
IV.	Mise en œuvre de la politique	57
4.1	Orientations générales de la mise en œuvre	57
4.2	Cadre institutionnel de mise en œuvre	58
4.3	Planification de la mise en œuvre	60
4.4	Suivi et évaluation	60
4.5	Conditions de succès de la mise en œuvre de la politique	61
4.5.1	Mesures d'accompagnement	61
4.5.2	Financement de la politique	63

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Types de chocs au bien-être des ménages selon leurs origines, 2007/08 et 2009/10 (% du total)	14
Tableau 2 : Risques sociaux par quintiles, EDSB-IV (2011-2012).....	19
Tableau 3 : Pauvreté et risques sociaux selon la résidence (%).....	21
Tableau 4 : Incidence de la pauvreté par classes d'âges, 2007 (%), 2011 (%).....	22
Tableau 5 : Risques sociaux par niveau d'instruction des mères ,2011-2012.....	23
Tableau 6 : Assurance sociale (principales forces, faiblesses, opportunités et menaces)	29
Tableau 7 : Assistance sociale : principales forces, faiblesses, opportunités et menaces.....	34
Tableau 8 : Services d'action sociale : principales forces, faiblesses, opportunités et menaces	36
Tableau 9 : Dépenses publiques de protection sociale, 2009.....	38
Tableau 10 : Synthèse des objectifs, orientations et axes stratégiques.....	45
Tableau 11 : Cadre institutionnel de mise en œuvre de la politique.....	58

Liste des figures

Figure 1 : Composantes de la protection sociale.....	13
--	----

Liste des graphiques

Graphique 1 : Principaux problèmes des services sanitaires cités par les femmes de 15-49 ans, 2006 (%)	15
Graphique 2: Indices de pauvreté monétaire, 2007-2011 (%)	18
Graphique 3 : Schéma du cadre Institutionnel de mise en œuvre de la politique.....	60

Sigles et acronymes

ADAM	Agence(s) Départementale(s) d'assurance Maladie
AGETUR	Agence de Gestion des Travaux Urbains
AGSVAN	Analyse Globale de Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition
ANAM	Agence Nationale d'Assurance Maladie
ANGC	Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne
ARV	Antirétroviraux
CNPS	Conseil National de Protection Sociale
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CPS	Centre(s) de Promotion Sociale
DGPD	Direction Générale des Politiques du Développement
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 à l'Intégration des Personnes Handicapées
FNRB	Fonds National de Retraite du Benin
FSI	Fonds Sanitaire des Indigents
HIMO	Haute intensité de main d'œuvre
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
MSAE	Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat
MSSB	Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin
ND	Non disponible
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectif(s) du Millénaire pour le Développement
ONASA	Office National d'Appui à la Sécurité Alimentaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ONG	Organisation(s) non gouvernementale(s)
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PMT	Proxy Means Test (test de moyens par approximation)
PSDAN	Plan Stratégique de Développement de l’Alimentation et de la Nutrition
PTF	Partenaire(s) technique(s) et financier(s)
RAMU	Régime d’Assurance Maladie Universelle
RBC	Réadaptation à Base Communautaire
RGPH	Recensement Général de la Population et de l’Habitation
SCRP	Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
SSS	Services sociaux spécialisés
SIDA	Syndrome d’immunodéficience acquise
SMIG	Salaire minimum garanti
SUN	Scaling Up Nutrition
TIP-HIMO	Travaux d’Intérêt Public à Haute Intensité de Main d’Œuvre
TVA	Taxe sur Valeur Ajoutée
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
VIH	Virus d’Immunodéficience Humaine

RESUME

La protection sociale est définie ici comme l'ensemble des mesures publiques ou à but non lucratif qui visent à réduire la vulnérabilité des populations et à leur permettre de mieux gérer les risques économiques et sociaux.

L'analyse du dispositif actuel de protection sociale a révélé que les mécanismes de protection sociale mis en place se sont avérés inefficaces. D'un côté, les mécanismes de protection sociale traditionnelle ne sont pas parvenus à assurer une protection adéquate dans un contexte de modernisation, d'urbanisation et de vulnérabilité à de grands chocs covariants, qui exigent des mécanismes plus formels et plus efficaces avec un rôle important de l'Etat. De l'autre côté, le mécanisme moderne de protection développé par l'Etat est apparu très limité. En effet, seulement 6,4% de la population économiquement active ont adhéré aux deux régimes de sécurité sociale (FNRB et CNSS). Dans l'ensemble, seulement 8,4% de la population est couverte actuellement par l'assurance maladie : 5,6% par le FNRB, 1,9% par les mutuelles de santé et 0,9% par l'assurance privée. Cependant, le Gouvernement avait pris un certain nombre de mesures dont la gratuité de la césarienne, la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq (05) ans, la gratuité des frais de scolarisation et la mise en place du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU).

En dépit de ces efforts, une bonne partie de la population reste privée de l'accès aux services sociaux de base, aux opportunités économiques et ne jouit pas effectivement de ses droits économiques et sociaux.

Plusieurs contraintes limitent, en effet, l'efficacité du système actuel de protection sociale au Bénin. Il s'agit, notamment de :

- la faible couverture des risques et le mauvais ciblage des bénéficiaires ;
- l'absence de programmes de transferts sociaux monétaires réguliers et prévisibles dans une optique de réduction de la vulnérabilité des pauvres sur une base durable et de renforcement du capital humain ;
- l'insuffisance de ressources pour la mise en œuvre des programmes existants ;
- la forte dépendance du financement externe et des difficultés de pérennisation ;
- la gestion peu efficace des programmes existants ;
- le déficit de certains régimes d'assurance sociale (FNRB, mutuelles) ;
- la non application des textes existants en matière de protection sociale ;
- la faible coordination des politiques et stratégies sectorielles de protection sociale.

Face à ces contraintes le Bénin ne manque pas d'atouts. Il s'agit de :

- la volonté politique de renforcer la protection sociale, exprimée dans les principaux documents d'orientation du développement national, y compris dans les SCRP ;
- la réforme en cours pour rendre le FNRB viable sur le plan financier, qui, tout en assurant la pérennité du Fonds, devrait aussi permettre à l'Etat de réorienter les ressources importantes actuellement consacrées au financement du déficit du FNRB vers des programmes de protection sociale en direction des couches les plus vulnérables ;

- les mesures initiales prises pour établir un système national d'assurance maladie (le RAMU) comme moyen de s'adresser aux barrières financières qui entravent l'accès des ménages aux services de santé ;
- les expériences positives des cantines scolaires, des programmes de lutte contre la malnutrition et des projets pilotes de TIP-HIMO ;
- la disponibilité des Partenaires Techniques et Financiers d'appuyer le renforcement de la protection sociale, notamment dans le pilotage des transferts sociaux monétaires aux ménages en pauvreté extrême.

Au regard de l'analyse contextuelle du dispositif actuel de protection sociale au Bénin, les défis à relever pour une meilleure efficacité de ce dispositif sont relatifs à :

- l'amélioration du niveau de vie des ménages les plus pauvres ;
- la réduction de la malnutrition ;
- l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base des plus vulnérables ;
- le renforcement des services d'actions sociales auprès des groupes vulnérables ;
- la consolidation des régimes de sécurité sociale ;
- l'extension de la sécurité sociale aux couches les plus vulnérables notamment les acteurs du secteur informel et du monde rural ;
- le renforcement du cadre législatif et réglementaire, des capacités institutionnelles et du financement de la protection sociale.

A cet égard, la Politique Holistique de Protection sociale (PHPS) a été élaborée en vue d'apporter une réponse idoine à ces défis. Elle est donc globalement orientée sur la réduction de la vulnérabilité des populations face aux risques économiques et sociaux. De façon spécifique, la PHPS permettra d'intensifier les mesures en faveur des groupes les plus vulnérables, de renforcer le système d'assurance sociale et d'améliorer le cadre législatif et réglementaire de la protection sociale au Bénin.

Les priorités de cette politique se résument ainsi qu'il suit : (i) la promotion des transferts sociaux ; (ii) le renforcement des services d'actions sociales ; (iii) la consolidation du cadre législatif et réglementaire, (iv) le renforcement des régimes contributifs ; et (v) l'extension de l'assurance sociale.

De façon opérationnelle pour assurer la couverture de la population la plus vulnérable, un socle national de protection sociale a été élaboré. Il constitue « un ensemble de garanties élémentaires de sécurité sociale définis à l'échelle nationale qui assurent une protection visant à prévenir ou à réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale ». Il s'agit d'un paquet minimal de dispositifs pour assurer la protection et la promotion des ménages et des personnes qui sont les plus vulnérables afin de répondre aux besoins prioritaires identifiés dans le profil des risques et de la vulnérabilité. Le socle national de Protection Sociale repose sur les mesures essentielles visant à :

- assurer l'accès universel aux soins de santé ;
- faciliter l'accès à la nutrition, à l'éducation, à la protection et aux soins de santé à tous les enfants ;
- améliorer la consommation des ménages les plus pauvres et les plus vulnérables ; et

- assurer la prise en charge et la promotion des groupes spécifiques en situation de vulnérabilité extrême.

Ces actions proviennent de quatre axes prioritaires de la Politique Holistique de la Protection Sociale au Bénin, notamment :

- la promotion des transferts sociaux directs ;
- le renforcement des mesures de gratuité ;
- le renforcement du travail social en faveur des familles et individus à risque élevé ;
- la consolidation du RAMU.

La nature transversale de la protection sociale, reflétée par la diversité des secteurs et acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la politique, exige une forte coordination intersectorielle. A cette fin, le gouvernement mettra en place un cadre institutionnel composé de trois organes : (i) le Conseil National de la Protection Sociale (CNPS) ; (ii) le Comité technique, et (iii) un Secrétariat permanent. Le pilotage de la mise en œuvre de la politique est sous la supervision du Chef de l'Etat.

La politique nationale de protection sociale sera financée principalement par l'Etat, et accessoirement la création d'un Fonds Spécial de Protection Sociale sur la base d'une quote-part du budget de l'Etat. Ce fonds spécial pourrait être consolidé par l'institutionnalisation de taxes spécifiques.

INTRODUCTION

La Constitution du 11 décembre 1990 de la République du Bénin, en son article 8, stipule que :

« La personne humaine est sacrée et inviolable. L'Etat a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. A cet effet, il assure à ses citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à la formation professionnelle et à l'emploi ».

Conscient de son devoir, le Gouvernement a fait de la protection sociale l'une de ses priorités. Ceci est matérialisé dans les différents documents politiques et de stratégies notamment les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme, Bénin 2025 Alafia, les Orientations Stratégiques de Développement (OSD) et les Stratégies de Croissances pour la Réduction de la Pauvreté (SCRIP). Dans le cadre de la mise en œuvre de ces politiques et stratégies, plusieurs initiatives ont été prises par l'Etat dans le domaine de la santé, de la sécurité sociale, de l'éducation, des microcrédits aux plus pauvres, etc.

En dépit de ces efforts, une bonne partie de la population reste privée de l'accès aux services sociaux de base, aux opportunités économiques et ne jouit pas effectivement de ses droits économiques et sociaux. Les effets pervers de la mondialisation et des différentes crises accentuent les inégalités sociales, alors que les mécanismes traditionnels de solidarité et les dispositifs d'entraide communautaire se fragilisent. Cette situation d'exclusion sociale, particulièrement accrue au niveau des personnes vulnérables (femmes, enfants¹, handicapés et personnes âgées), engendre un fossé grandissant entre une minorité nantie et de larges couches de la population démunies.

Une des raisons de la persistance de ces problèmes réside dans le pilotage des questions de protection sociale. Les initiatives sont éparpillées, non intégrées et sont loin de couvrir toute l'étendue de la protection sociale. Il a été élaboré une politique de protection sociale qui ne prend en compte qu'un aspect de la protection sociale notamment l'assistance sociale.

Eu égard à ce qui précède, il est prévu dans la troisième génération de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté, l'élaboration d'une politique holistique de protection sociale prenant en compte les questions de l'assistance sociale, de l'assurance sociale, de la promotion sociale et de la réglementation, dans l'optique d'une meilleure coordination du secteur.

L'objectif général poursuivi est de disposer d'un cadre de référence unique en matière de protection sociale en vue d'un meilleur pilotage du secteur.

L'élaboration de la politique découle d'un processus participatif qui a bénéficié des consultations de tous acteurs, notamment l'administration centrale et décentralisée, les communes les PTF, la société civile, les syndicats et le secteur privé.

¹ Selon la Convention du droit des enfants, est considéré comme enfant, toute personne âgée de moins de 18 ans.

La démarche méthodologique adoptée est structurée autour de plusieurs étapes conduites par un Comité de pilotage composé d'un comité d'orientation et d'un Comité interministériel Socle de protection sociale. (La méthodologie détaillée est présentée en annexe).

Le présent document de politique est structuré en quatre chapitres à savoir :

1. Diagnostic stratégique
2. Fondement, principes, vision, objectifs, orientations et axes stratégiques
3. Mise en place d'un socle de protection sociale
4. Mise en œuvre de la politique

Des plans d'actions pluriannuels seront élaborés pour la mise en œuvre de cette politique.

I. Diagnostic stratégique

1.1 Conceptualisation de la protection sociale

Il y a différentes définitions de la protection sociale, celles-ci évoluant dans le temps et chaque pays lui donnant des interprétations et des accents particuliers selon les contextes et les priorités politiques nationales. ***La protection sociale est vue ici comme l'ensemble des mesures publiques ou à but non lucratif qui visent à réduire la vulnérabilité des populations et à leur permettre de mieux gérer les risques économiques et sociaux.*** Ces mesures publiques comprennent l'assistance sociale, l'assurance sociale, les services d'action sociale et la législation protectrice.

1.1.1 Assistance sociale

L'assistance sociale ou l'aide sociale aux personnes et ménages extrêmement pauvres (régimes non contributifs) est l'ensemble des transferts en espèces ou en nature octroyés directement aux ménages ou individus, soit sans contrepartie soit contre des obligations de travail ou des conditionnalités pour l'amélioration des comportements, et des transferts implicites ou indirects sous forme de subventions à la consommation et des mesures de gratuité dans les secteurs sociaux. Ces transferts visent à réduire la pauvreté et la vulnérabilité, à accroître l'accès aux services de base et à assurer un minimum de bien-être économique.

1.1.2 Assurance sociale

L'assurance sociale est de nature contributive et 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 large, quelque fois subventionnée par l'Etat. Elle permet de protéger les personnes contre les risques et les vicissitudes de la vie et contre leurs conséquences sur les conditions de vie, de santé, etc. Parmi ces risques se trouvent la maladie, les accidents de travail et les maladies professionnelles, la vieillesse, le chômage, la maternité, le décès du soutien de famille et les charges de famille.

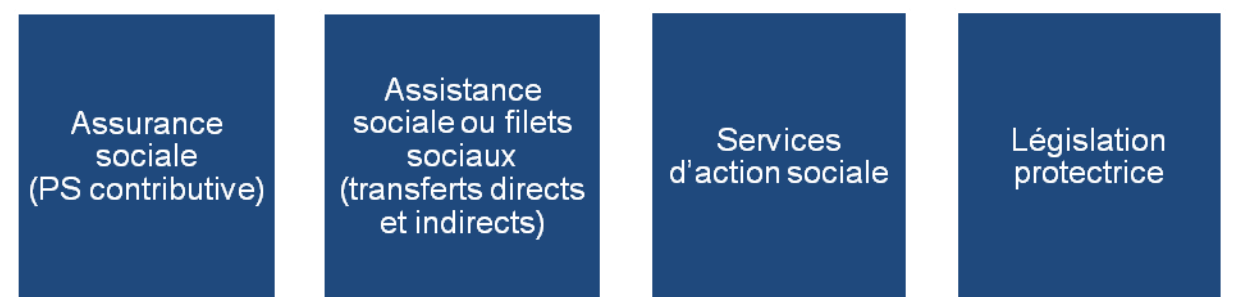
L'assurance sociale prend généralement la forme de mécanismes de partage des risques, avec des dérogations potentielles de paiement pour les pauvres. Ces régimes contributifs comprennent les mutuelles de santé, les caisses de sécurité sociale et les assurances privées, ainsi que les systèmes d'assurance maladie universelle. Dans le cas du Bénin, les structures intervenant dans ce domaine incluent le Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB) et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), ainsi que le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) et les mutuelles de santé.

1.1.3 Services d'actions sociales ou 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 sensibilisation, 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 tels que les violences domestiques, les mariages précoces, la séparation des enfants de leurs familles, les abus des enfants, etc., et quelquefois à des risques de nature économique (dans le cas de la traite et du travail des enfants). Au Bénin, ces programmes sont généralement de petite envergure,

éparpillés et mal coordonnés, et difficiles à pérenniser du fait qu'ils sont souvent financés sous forme de « projets » sur ressources extérieures.

Figure 1 : Composantes de la protection sociale



1.2 Diagnostic des risques et de la vulnérabilité

Cette section analyse tout d'abord les principaux types de risques auxquels les populations béninoises sont confrontées et ensuite les facteurs de vulnérabilité qui minent la capacité des ménages et des individus à gérer ces risques.

1.2.1 Les principaux types de risques

Le risque se définit d'une manière générale comme étant un événement futur plus ou moins incertain dont l'avènement ne dépend pas entièrement de l'individu et qui, lorsqu'il se produit, fait naître un besoin. La notion de risque, qui sous-tend l'idée de la protection sociale, est quelquefois présentée sous un angle largement économique. Cependant, elle est, de plus en plus, comprise d'une manière plus ample, englobant toute sorte de risque (économique, environnementale, sanitaire, socioculturel ou même politique) qui est nuisible au bien-être et aux droits des individus. 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.

Selon l'Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages (EMICoV) de 2010, 62,1% des ménages ont déclaré avoir subi au moins un choc qui a affecté négativement leur bien-être au cours des douze mois précédents, c'est-à-dire en 2009/10.

Ces chocs sont principalement d'origine économique, climatique et sanitaire, et affectent les ménages dans des proportions différentes d'une année à une autre. En 2009/10, les origines des chocs étaient surtout biophysiques (inondations et sécheresse), suivies des chocs d'origine économique (augmentation des prix, chômage, revenu réduit, etc.) et enfin les chocs d'origine sociale (maladie, accident ou décès d'un membre du ménage). Ceci a reflété l'impact des graves inondations qui ont affectées surtout le Mono, le Couffo et l'Atacora. Cette période a été aussi marquée par les impacts de la crise économique mondiale. Par contre, en 2007/08, les chocs les plus cités, selon l'EMICoV de cette année, étaient de nature sociale (sanitaire, décès, etc.), suivi par les chocs économiques et les chocs environnementaux (voir le Tableau 1.1).

Tableau 1 : Types de chocs au bien-être des ménages selon leurs origines, 2007/08 et 2009/10 (% du total)

Types de chocs	2007/08	2009/10
Chocs sociaux (maladie, accident, décès)	54	15
Chocs économiques (augmentation des prix, chômage, revenu réduit, etc.)	23	42
Chocs environnementaux ou biophysiques (inondations, sécheresse, etc.)	15	44
Autres	9	...
Total	100	100

Sources : Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition (AGVSAN), Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE), Programme Alimentaire Mondial et UNICEF, 2009 ; Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages (EMICoV) Enquête de Suivi 2010, Principaux Indicateurs, INSAE, 2011

1.2.1.1 Risques économiques

Les risques économiques incluent la diminution des revenus et l'érosion du pouvoir d'achat due à l'inflation. L'inflation a atteint un pic de 9,9% en 2009 lors de la crise mondiale de la hausse des prix des denrées alimentaires et des produits énergétiques. En plus de l'inflation, les chocs économiques peuvent avoir des causes diverses dans le contexte béninois :

- la perte de récolte, liée à des chocs climatiques ;
- la baisse des prix aux producteurs (du coton notamment) en raison de l'évolution des marchés mondiaux ;
- la perte d'emploi (pour ceux qui travaillent comme employés salariés) ;
- la concurrence accentuée dans le marché informel, qui devient de plus en plus saturé ;
- la diminution des transferts privés internes (due à l'affaiblissement des obligations traditionnelles de solidarité et d'entre-aide) et des transferts privés externes (liée à la crise économique dans les pays développés).

1.2.1.2 Risques sanitaires

Les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) mettent en relief **les risques élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle**. Bien que le taux de mortalité infanto-juvénile ait diminué de 167 à 125 décès sur mille naissances vivantes de 1991-1996 à 2001-2006, ce taux est presque équivalent à la moyenne pour l'Afrique Sub-Saharienne (129/1000 en 2009). Le taux de mortalité infantile s'élève à 67 décès sur mille naissances vivantes. Ces taux sont liés principalement aux trois principales pathologies que sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies gastro-

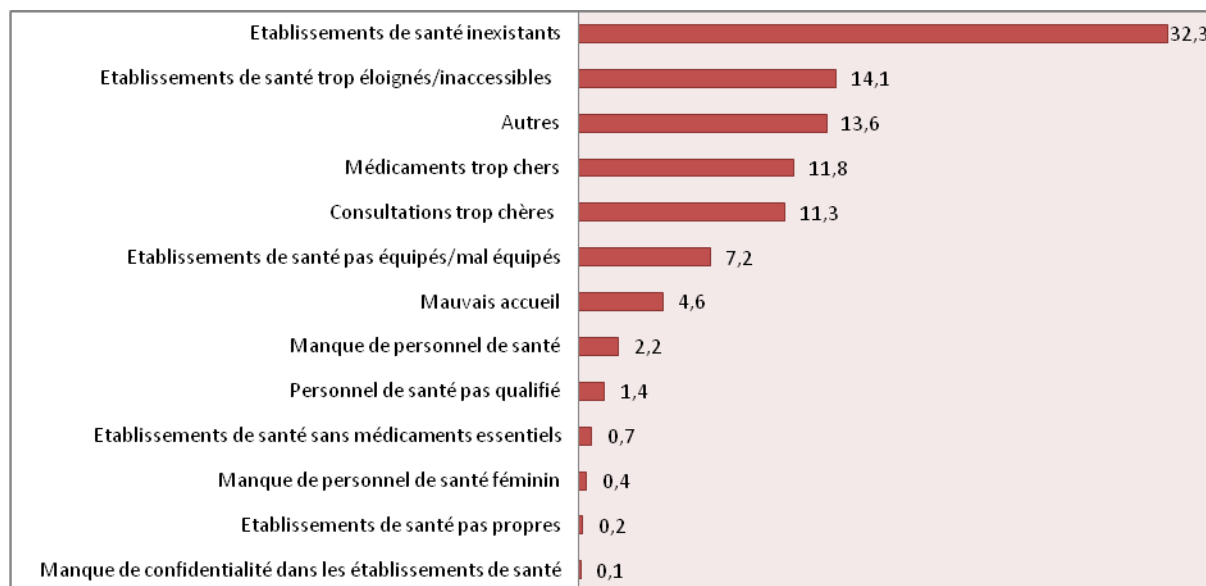
intestinales, ainsi qu'à l'incidence élevée de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans. Pour les femmes en âge de procréer, la maternité constitue une source importante de risques d'extrême importance, mis en relief par un taux de mortalité maternelle élevée de 397 décès sur 100 000 naissances vivantes en 2006.

Les enfants de moins de 5 ans sont de loin les plus à risque des pathologies principales. Le paludisme constitue le risque sanitaire le plus sérieux, avec un taux de létalité estimé à 2,2% en moyenne pour cette tranche d'âges en 2011, soit presque le double du taux enregistré pour l'ensemble des patients, tous âges confondus (1,2%).

La prévalence du VIH a été estimée à 1,7% en 2011, dont 2,2% pour le milieu urbain et 1,3% pour le milieu rural.

Les facteurs sous-jacents des risques de morbidité et de mortalité incluent les niveaux élevés de malnutrition, le faible accès à l'eau et à l'assainissement, et les difficultés d'accès à des services sanitaires de qualité. Concernant la malnutrition, mesurée par l'indice taille-pour-âge, plus de deux enfants de moins de 5 ans sur cinq (aux environs de 40%, dépassant la norme de 30% fixée par l'OMS comme seuil critique) accusent un retard de croissance, selon les EDS de 2001, 2006 et 2011/12, ce qui montre que ce problème reste sérieux. L'EMICoV 2010 a trouvé que 22,3% de la population n'a pas accès à des sources d'eau améliorée.

Graphique 1 : Principaux problèmes des services sanitaires cités par les femmes de 15-49 ans, 2006 (%)



Source: Enquête Démographique et de Santé (EDS 3) de 2006.

Selon l'Annuaire des Statistiques Sanitaires 2011, le taux de fréquentation des centres de santé pour les soins curatifs (publics et parapublics) est de 45,4% pour l'ensemble de la population et de 81,2% 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 femmes interrogées lors de l'EDS de 2006. Un quart des personnes interrogées ont cité la cherté des consultations ou des médicaments (voir le Graphique 1).

1.2.1.3 Risques sociaux

L'enquête nationale sur le *travail des enfants*, effectuée par l'INSAE en 2008, a montré qu'un enfant sur trois âgés de 5 à 17 ans (34%) est occupé économiquement, dont 90% dans les pires formes de travail, à abolir, et 69% dans des travaux dangereux. 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%).

Le travail des enfants est lié quelquefois à la *traite des enfants*, qui reflète la pauvreté des ménages et la distorsion de la pratique traditionnelle de placement des enfants (notamment dans des familles apparentées en milieu urbain pour faciliter l'accès à l'école) sous forme de trafic à fins d'exploitation économique. L'étude nationale sur la traite des enfants, en 2008, a estimé que 2% des enfants de 6 à 17 ans sont victimes de traite, dont 86% sont des filles et 92% sont victimes de traite interne. D'autres sont victimes de la traite transfrontalière.

Par ailleurs, il est à noter l'importance du *risque de non scolarisation ou d'abandon scolaire précoce*, qui met en danger le développement de l'enfant et ses chances dans la vie adulte. Les données administratives montrent un accroissement du taux brut de scolarisation au niveau primaire, de 93% en 2005/06 à 111% en 2009/10. Cependant, le taux net de scolarisation (des enfants de 6 à 11 ans), qui a été de 73% selon les données de l'EMICoV 2010, montre qu'une proportion importante d'enfants ne va pas à l'école à l'âge convenu. Les statistiques administratives montrent une forte déperdition, surtout dans la transition du primaire au secondaire (21%) et entre les deux cycles du secondaire (57%), et particulièrement pour les filles. Les données EDS montrent l'importance du facteur coût comme principal raison citée par les garçons (32,7%) et les filles (25,2%) pour l'abandon scolaire au niveau primaire. La grossesse devient un facteur important au niveau secondaire (citée comme raison d'abandon scolaire par 15,4% des filles).

1.2.1.4 Risques culturels

Ces risques sont liés à la discrimination de genre et aux abus faits aux femmes, aux enfants et aux personnes âgées. Les pratiques de mariage précoce concernent le plus souvent des filles en âge d'étudier. La proportion des femmes entrées en première union avant l'âge de 15 ans semble être en déclin mais reste élevée (5,3% pour les femmes âgées de 15 à 19 ans), selon l'EDS 2006. Pour les femmes âgées de 20 à 49 ans, cette proportion est de 9,7%. Le mariage précoce a de profonds effets sur le plan physique, intellectuel et psychologique, et compromet les chances de poursuite de la scolarité et d'épanouissement individuel et professionnel.

Les violences faites à l'encontre des femmes et des filles constituent également un des aspects qui caractérisent la vie des béninoises, notamment au foyer : 69% des femmes ont subi des violences au moins une fois dans leur vie. Le harcèlement sexuel est très prégnant en milieu scolaire, constituant une des facteurs qui découragent la scolarisation des filles au niveau secondaire.

Selon l'EDS de 2006, 13% des femmes ont déclaré avoir subi la pratique de l'excision, en baisse par rapport au taux estimé lors de la précédente EDS en 2001 (17%). Dans le groupe d'âges de 15 à 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).

1.2.1.5 Risques environnementaux

Les risques environnementaux sont de plusieurs ordres : les risques liés à l'hygiène et à l'assainissement de base, les risques liés à l'urbanisation rapide et les risques liés aux changements climatiques.

L'assainissement de base accuse un retard très important, avec un taux d'accès de 34% suivant l'EDS 2006 et de 37% en 2008². En 2010, 57% des ménages ne disposaient d'aucun type de toilettes contre 67,8% en 2001 et 62,8% en 2006. Cette proportion est estimée à 77% en milieu rural, selon l'AGVSAN de 2008, ce qui semble une amélioration par rapport aux 82,5% de ménages ruraux qui n'en disposaient pas en 2006. Par contre, en milieu urbain, 66% des ménages disposent de latrines selon l'EDS 2006. 70% des enfants de moins de 5 ans vivent dans des ménages n'ayant pas accès aux toilettes (AGVSAN 2008), proportion pratiquement stationnaire par rapport aux 69,5% d'enfants de moins de 5 ans vivant dans des ménages ne disposant pas de latrine en 2006.

Les risques liés à l'urbanisation rapide sont liés à l'environnement précaire et à l'instabilité des revenus des ménages vivant dans les zones périurbaines et les quartiers périphériques mal équipés, ce qui fait de ces segments de la population des laissés pour compte dont les stratégies et politiques de développement existantes font rarement cas. Les conditions de vie, d'hygiène (du fait de la promiscuité, de l'approvisionnement en eau dans les marigots ou les puits non protégés de la pollution, des ordures jouxtant les lieux de vie etc.) et de sécurité déplorables concourent à l'émergence de risques multiples en termes de protection, d'éducation et de santé (diarrhée, paludisme etc.), entrant ainsi en violation avec les droits fondamentaux de la personne humaine. Les enfants qui errent dans les rues, exposés aux privations, au dénuement, à la violence, aux sévices sexuels, aux maladies et accidents divers figurent ainsi au premier rang des victimes potentielles de cette misère urbaine.

En ce qui concerne les risques liés aux changements climatiques, le pays s'est trouvé régulièrement confronté, durant les 25 dernières années, à des catastrophes majeures affectant la sécurité alimentaire des couches vulnérables. La sécheresse affecte surtout le nord du pays. Mais, ce sont en majorité les inondations dues aux crues des fleuves et rivières (Niger, Ouémé, Alibori, Sota, Mekrou) qui affectent depuis 1984 les départements du Borgou-Alibori, Zou-Collines, Ouémé-Plateau. Les inondations ont déstabilisé la production agricole, et en 2008-09 ont renforcé les tendances inflationnistes liées à la crise alimentaire globale, avec des impacts importants sur l'accès aux denrées essentielles.

Le dispositif national de gestion des catastrophes au Bénin n'est pas formalisé suivant une politique nationale de gestion des catastrophes. A la survenue des catastrophes, il mobilise plusieurs départements ministériels, notamment, les ministères en charge de la défense, de la sécurité, de l'énergie de la santé, de la décentralisation, du développement, des technologies nouvelles, etc. des institutions de la République, les PTF et des associations caritatives. Le ministère en charge de la sécurité, à travers sa Direction de la Prévention et de la Protection Civile (DPPC) créée par arrêté N° 012/MISP/DC/SG/CTJ/SA du 28 janvier 2009 et devenue Agence Nationale de la Protection Civile (ANPC) est le chef de file du système de secours. Les textes qui sous-tendent la gestion des catastrophes au Bénin sont, pour l'essentiel :

² Cf. Ministère des Mines, de l'Energie et de l'Eau, Aide-mémoire de la revue sectorielle d'avril 2009

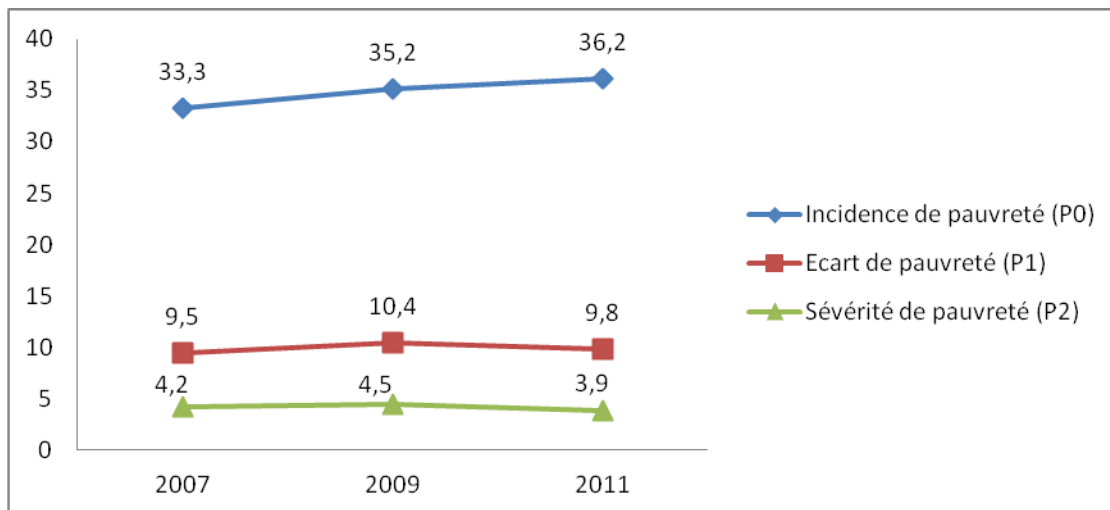
- le décret N°87-408 du 7 décembre 1987, portant Organisation nationale des Secours en cas de sinistre ou de catastrophe. Il s'agit du Plan National d'Organisation des Secours en Cas de Catastrophe (Plan ORSEC) émanant du Comité National pour la Protection Civile ; et
- le décret N°97-647 du 31 décembre 1997, portant création, composition, attributions et fonctionnement de la Commission Nationale Chargée des Réfugiés.

1.2.2 Les facteurs de vulnérabilité

La vulnérabilité est l'incapacité plus ou moins grande d'un individu, d'un ménage ou d'une population à faire face à un risque. Elle varie selon la nature des risques et les capacités des ménages et des individus. Il faut comprendre la vulnérabilité sur plusieurs dimensions : le statut économique du ménage, la résidence géographique, le genre, les étapes du cycle de la vie, le niveau d'instruction et des connaissances, les maladies chroniques, les handicaps, etc.

La vulnérabilité économique est essentiellement liée à la faiblesse des revenus, des actifs (y compris le bétail et la terre en milieu rural), des épargnes et de l'accès au crédit. La pauvreté monétaire touche 36,2% des ménages, selon les données de l'EMICoV de 2011, en augmentation par rapport à 2007 (33,3%) et à 2009 (35,2%). La distance moyenne du seuil de pauvreté (c'est-à-dire la profondeur ou l'écart de la pauvreté) oscille autour de 10%. Les facteurs sous-jacents de la pauvreté incluent le faible niveau de productivité de l'agriculture, dont dépend 70% de la population, et la précarité des autres sources de revenus dans le secteur informel.

Graphique 2: Indices de pauvreté monétaire, 2007-2011 (%)



Sources : EMICoV 2007, 2009 et 2011.

Il existe de forts niveaux de pauvreté transitoire, reflétant l'impact des chocs à court terme et la faible différence de niveau de vie entre les pauvres et les « presque pauvres ». Un tiers (32,2%) des ménages des trois derniers quintiles en 2007 est tombé dans les deux premiers quintiles (les quintiles les plus pauvres) en 2009. Par contre, d'autres ménages ont connu une ascension en termes de leur niveau de vie. Néanmoins, il y a une frange importante de la population qu'on peut considérer comme pauvres chroniques. En fait, 58,2% des ménages qui se trouvaient dans les deux premiers quintiles en 2007 s'y retrouvent en 2009.

Vu sous l'angle des actifs physiques et des conditions d'existence, environ 30% de la population se trouve en situation de privation, selon l'EMICoV de 2011. En ce qui concerne l'accès à la terre, 64,9% des ménages sont propriétaires de parcelles (45% en milieu urbain et 78% en milieu rural), ce qui montre qu'une frange importante de la population est « pauvre » en termes d'actifs immobiliers. Seulement 14,6% de la population ont eu accès aux institutions financières, bien que ce taux traduise une augmentation importante par rapport à 2007, en raison de la forte expansion des services de micro-finance.

Il est noté une forte relation entre les quintiles (de bien-être) et les risques sociaux, bien que pour plusieurs indicateurs, l'importance des risques change peu sur les trois premiers quintiles, s'améliorant à partir du 4^{ème} quintile et surtout dans le 5^{ème} quintile. Par exemple, le taux de mortalité infanto-juvénile est stable dans les trois premiers quintiles autour de 80 à 90 décès pour mille naissances vivantes avant de diminuer dans le quatrième quintile (65) et le cinquième quintile (44). En termes de taille pour âge, la malnutrition modérée et sévère chez les enfants de moins de cinq ans reste stable dans les trois premiers quintiles autour de 43,5% à 49%. Le problème du travail des enfants est aussi assez répandu, changeant peu du premier au troisième quintile, selon l'Enquête nationale sur le travail des enfants, réalisée en 2008. En ce qui concerne les risques de non utilisation des services de santé, de non scolarisation et de non enregistrement des enfants à l'état civil, on voit une diminution plus progressive³ des risques d'un quintile au suivant, bien que les taux soient relativement élevés même dans le quintile le plus riche, notamment pour l'utilisation des services sanitaires et la possession d'actes de naissances.

Tableau 2 : Risques sociaux par quintiles, EDSB-IV (2011-2012)

INDICATEURS	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Taux de mortalité (pour mille naissances vivantes)					
Mortalité infantile	53	51	47	44	30
Mortalité Juvénile	37	42	34	22	14
Mortalité infanto-juvénile	88	90	80	65	44
Malnutrition enfants < 5 ans (% modérée et sévère)					
Taille pour âge (malnutrition chronique)	49,0	47,5	45,3	43,4	37,5
Poids pour âge (insuffisance pondérale)	27,5	23,3	20,6	20,0	14,7
Poids pour taille (malnutrition aigüe)	19,1	17,6	15,7	14,5	13,0
Non utilisation des services de santé					

³ En comparant notamment les trois premiers quintiles aux deux derniers.

% des enfants < 5ans avec de la fièvre pour lesquels on n'a pas recherché un traitement auprès d'un prestataire de santé	73,3	58,8	60,9	62,7	55,6
Travail des enfants (2008)					
Enfants de 6-17 ans astreints à des occupations dangereuses	26,8	29,0	24,1	13,1	6,0
Enfants de 6-17 ans travaillant 40 heures ou plus par semaine	6,7	6,3	6,3	4,6	2,8
Education (2010)					
% des enfants de 6-11 ans non scolarisés au niveau primaire	57,5	71,3	80,2	12,6	7,3
Enregistrement des naissances à l'état civil (% des enfants de < 5ans)					
Naissance enregistrée	61,0	74,2	83,5	90,1	95,4
Avec acte de naissance	43,8	52,9	63,2	71,8	79,8

Source : EDSB-IV (2011-2012)

Il y a une importante dimension géographique à la vulnérabilité en raison des importantes disparités selon la résidence en termes de pauvreté monétaire, d'accès aux services et aux marchés, et de risques biophysiques. Le problème de l'enclavement se manifeste principalement dans les zones rurales du Nord et du Centre. Les départements du Nord sont aussi les plus vulnérables aux sécheresses, tandis que la vulnérabilité aux inondations est plus répandue.

L'incidence de la pauvreté est beaucoup plus élevée en milieu rural (39,7% en 2011) qu'en milieu urbain (31,5%), et varie entre les départements, allant de 25,9% dans le département du Littoral jusqu'à 46,5% dans les départements du Couffo et des Collines. Les risques sociaux sont également plus importants dans les zones rurales. Par exemple, selon l'EMICoV de 2011, la proportion des enfants de 6 à 11 ans qui ne sont pas scolarisés à l'âge convenu au niveau primaire est de 19,8% en milieu urbain mais de 30,6% en milieu rural. Les pires indicateurs scolaires se trouvent dans le nord du pays, notamment dans l'Alibori, où cette proportion est de 67,5%. La privation d'accès aux sources d'eau améliorée varie de 5,6% dans le département du Littoral à 52,9% dans la Donga.

Tableau 3 : Pauvreté et risques sociaux selon la résidence (%)

Départements	Incidence de pauvreté (P0)	Ecart de pauvreté	Malnutrition chronique (taille pour âge, enfants <5 ans)	% des enfants de 6-11 ans non scolarisés au niveau primaire à l'âge correct	Privation d'accès à une source d'eau améliorée
Alibori	36,3	0,255		67,5	41,7
Atacora	39,7	0,241		40,2	40,9
Atlantique	39	0,294		19,3	27,2
Borgou	31,5	0,252		40,9	27
Collines	46,1	0,264		14,3	15,2
Couffo	46,6	0,286		24,3	27,2
Donga	36,6	0,26		19,9	52,9
Littoral	25,9	0,278		10,5	5,6
Mono	43,5	0,259		13,4	26,9
Ouémé	25,4	0,24		15,0	30,8
Plateau	36	0,299		25,2	18,5
Zou	41,5	0,304		18,4	31,2
Urbain	31,4	0,281		19,8	20,4
Rural	39,7	0,266		30,6	32,6
National	36,2	0,271		27,1	27,5

Source : EMICoV 2011.

En ce qui concerne le cycle de la vie, les enfants, qui constituent environ la moitié de la population, sont parmi les plus vulnérables, notamment pendant les premières années de vie. Les risques sanitaires et de malnutrition mettent en danger la survie des enfants les plus jeunes, comme signalé plus haut, et les enfants sont surreprésentés dans les couches les plus pauvres, en raison des taux de fécondité plus élevés parmi les pauvres et de la taille plus large des familles pauvres. Dans la tranche d'âges de 5 à 10 ans, l'incidence de pauvreté s'élève à 42,9%, selon

l'EMICoV de 2011, par rapport à un taux de 33% pour l'ensemble de la population dans la même année.

Tableau 4 : Incidence de la pauvreté par classes d'âges, 2007 (%), 2011 (%)

Classes d'âges	2007	2011
Enfants 0-4 ans	31,4	40,1
Enfants 5-10 ans	36,8	42,9
Enfants 11-14 ans	36,5	42,2
Jeunes 15-24 ans	28,1	32,9
Adultes 25-59 ans	25,8	31,0
Personnes âgées 60 ans et plus	22,2	24,7
Ensemble de la population	33,3	36,2

Source : EMICoV 2007 et 2011.

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 général, ils sont utilisés comme main d'œuvre, notamment dans les activités agricoles et, dans le cas des filles, comme employés domestiques. En outre, la pauvreté monétaire et la démission de certains parents poussent certaines familles à envoyer les enfants vers une situation de traite, ce qui accroît la vulnérabilité de ces enfants aux abus et à l'exploitation économique et sexuel.

Au-delà de la dimension économique de la vulnérabilité des enfants, le contexte socioculturel est un facteur crucial. Les enfants privés d'environnement familial (enfants de la rue, enfants en orphelinats et d'autres structures d'accueil, mineurs en conflits avec la loi, enfants abandonnés, etc.), ainsi que les enfants vivant dans des familles dysfonctionnels ou dans un environnement de désintégration du tissu familial, se trouvent en situation de précarité accentuée, compte tenu de l'importance de la famille comme cellule de base de la société et cadre naturel du développement et de l'épanouissement de l'enfant. La déresponsabilisation des pères envers les enfants (et de leurs mères) en situation de séparation accentue aussi la vulnérabilité.

Bien que l'incidence de pauvreté soit moins élevée chez les jeunes, il convient de noter que ***les jeunes font face à des risques spécifiques, notamment en ce qui concerne l'insertion dans le marché du travail et les risques de santé de la reproduction***, y compris d'infection par le VIH. Le problème de sous-emploi (emploi de moins de 35 heures par semaine) est particulièrement élevé parmi les jeunes de 15 à 24 ans : 31,5% selon l'EMICoV de 2011.

Les personnes âgées (de 60 ans et plus), qui constitue 5,5% de la population, se confrontent à des risques qui croissent selon leur niveau d'invalidité et les manques d'appuis familiaux. Dans l'ensemble, les personnes âgées sont moins représentées dans les premiers quintiles que les autres groupes d'âge, avec un taux de pauvreté de 24,4% en 2011. La plupart des personnes âgées

sont intégrées dans des familles élargies, moins de 3% vivant seules. Cependant, les ménages gérés par personnes âgées sont généralement plus pauvres que les autres ménages. Les dépenses de santé croissent avec l'âge et 14% des personnes âgées vivent avec un handicap sérieux. Il est à noter que la population de troisième âge est majoritairement féminine (94/100 selon le recensement de 2002), et 39% des femmes âgées sont veuves (par rapport à 5% de veufs parmi les hommes). Ces veuves sont exposées aux risques de spoliation de leurs biens, d'accusations de sorcellerie, d'éjection de la famille et de l'isolement. Très peu de personnes âgées bénéficient de pensions de retraite, compte tenu du fait qu'elles ont pour la plupart évolué dans le secteur informel, qui n'offre pas un système de prévoyance sociale (voir la Section 1.3.1).

La vulnérabilité varie aussi selon le niveau d'instruction. Les personnes plus instruites ont de meilleures chances d'obtenir des emplois mieux rémunérés et savent mieux comment se protéger (et protéger leurs enfants) des risques, notamment ceux de nature sanitaire (voir le Tableau 5). Cette réalité souligne l'importance d'une approche de protection sociale qui met un fort accent sur le développement du capital humain comme stratégie de rupture du cycle intergénérationnel de la pauvreté.

Tableau 5 : Risques sociaux par niveau d'instruction des mères ,2011-2012

Risques sociaux de nature sanitaire	Aucune instruction	Primaire	Secondaire 1 ^{er} cycle	Secondaire 2 ^{ème} cycle
Taux de mortalité (pour mille naissances vivantes)				
Mortalité infantile	48	40	42	(22)
Mortalité infanto-juvénile	80	61	61	(37)
Malnutrition enfants < 5ans (% , modérée et sévère)				
Taille pour âge (malnutrition chronique)	46,2	38,0	41,4	33,1
Poids pour âge (insuffisance pondérale)	23,0	16,2	17,4	10,6
Poids pour taille (malnutrition aigüe)	17,0	14,0	12,8	16,3
Non utilisation des services de santé				
% des enfants de 12-23 mois sans aucun vaccin	12,3	5,8	1,5	0,0
Prévalence de la diarrhée chez les enfants de < 5 ans	6,2	6,8	6,3	8,2
% qui ne se lavent pas les mains après les selles	<i>Pas collecté pour l'EDSB-IV</i>			
% des enfants < 5ans avec de la fièvre	64,8	55,0	56,5	48,9

pour lesquels on n'a pas recherché un traitement auprès d'un prestataire de santé				
Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur moins de 250-499 personnes/ mois d'exposition (non pondérées).				

Source : EDSB-IV, 2011-2012.

Les personnes affectées par les maladies chroniques, telles que le SIDA et la tuberculose, se trouvent fragilisées par la perte de capacité productive et les coûts des soins, bien que l'incidence du VIH reste relativement faible au Bénin (estimée à 1,7% en 2011) et les taux de prévalence ne sont pas corrélés avec le niveau de richesse des ménages (selon l'EDS de 2006).

Les personnes handicapées sont parmi les plus vulnérables, étant souvent stigmatisées, isolées au sein des foyers et subissant des discriminations et autres barrières dans l'accès à l'éducation et aux emplois. Selon le recensement général de la population et de l'habitation (RGPH3) de 2002, 2,6% de la population béninoise est handicapé. La prévalence croît fortement avec l'âge. Les trois principaux handicaps recensés sont la malvoyance (37,5%), la paralysie des membres inférieurs (12,7%) et la cécité (9,0%). Les personnes handicapées sont en majorité analphabètes (71,6% en 2002), sans aucun niveau d'instruction, et la moitié est économiquement inactive.

Le genre est un autre vecteur de vulnérabilité en raison des discriminations qui contraignent les opportunités offertes aux femmes et contribuent à des violations de leurs droits, notamment en ce qui concerne les mariages précoces ou forcés, la pratique de l'excision (voir ci-dessus) et la maltraitance des veuves (internement pendant la période de deuil, persistance de la pratique du levirat dans quelques départements et dépossession des biens). Lors de la séparation du couple, la femme se retrouve généralement chef de famille et toute seule à assumer les dépenses.

Ancrées dans une culture patriarcale qui concentre le pouvoir dans les mains de l'homme (dans le foyer et dans la communauté) et légitime une division de rôles entre les sexes, ces discriminations conduisent à de fortes inégalités, notamment en ce qui concerne l'accès à l'éducation, l'accès à l'emploi et au revenu, l'accès à la terre et le droit d'héritage.

Les disparités dans l'accès à l'école se sont progressivement réduites ces dernières années, notamment au niveau primaire en raison des efforts fait par le gouvernement pour réduire les barrières d'accès à l'enseignement et à inciter la scolarisation et la rétention des filles. L'écart entre les taux bruts de scolarisation des filles et des garçons reste important, bien qu'il soit en voie de réduction, passant de 32 points en 2003 à 21 points en 2005 et à 11 points en 2008. Au niveau primaire, le taux d'achèvement des filles a atteint 52% en 2008 contre 70% pour les garçons. Dans l'enseignement secondaire général, l'effectif des filles a représenté à peine 36% de l'effectif total des élèves inscrits en 2008.

Les inégalités scolaires selon le genre, qui sont particulièrement marquées dans quatre départements, à savoir l'Atacora, le Zou, le Couffo et le Plateau, reflètent les préférences selon le sexe (et les discriminations en termes de soutien financier des parents), le poids des travaux domestiques, les mariages et grossesses précoces, et d'autres facteurs comme le risque de harcèlement sexuel à l'école.

Conséquence des disparités en matière de scolarisation, ainsi que des attitudes rétrogrades concernant la division sexuelle du travail, les femmes confrontent aussi des désavantages dans le travail. L'écart entre les taux d'activité féminin et masculin est de 9% (soit 68,3% pour les hommes et 59,7% pour les femmes) selon le RGPH3 de 2002, et les emplois dans le secteur formel sont

fortement déséquilibrés en faveur des hommes, avec par exemple seulement 26,8% de femmes contre 73,2% d'hommes dans la fonction publique en 2007. Les discriminations dans les pratiques de l'héritage expliquent en grande partie les énormes disparités de genre dans la possession de terres : de l'ensemble des parcelles acquises par mode sécurisant (héritage, attribution coutumière et achat), seulement 13% appartiennent aux femmes, selon la Politique Nationale de Promotion de Genre au Bénin. Le manque d'actifs limite aussi l'accès des femmes au microcrédit.

1.2.3 Analyse de la capacité de gestion des risques

L'analyse des risques et des facteurs de vulnérabilité révèle l'importance de la mise en place d'un système efficace de protection sociale pour permettre aux populations d'apporter des réponses adéquates aux chocs. Cependant, au-delà des formes traditionnelles de protection sociale (transferts privés au sein des familles élargies, groupes d'entraide, tontines, petites corporations de métiers etc.), qui sont essentiellement fondées sur la solidarité⁴ et sur la réciprocité dans la jouissance des prestations, la protection sociale reste peu développée. Pour la gestion des risques idiosyncratiques, les ménages sont amenés à adopter des stratégies de réponses reflétant leur niveau de vie et les moyens de subsistance dont ils disposent.

La problématique de la protection sociale au Bénin se pose donc en termes des capacités des ménages et des individus à gérer les nombreux risques analysés. Selon l'étude sur l'analyse globale de la vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition (AGVSAN, INSEA/PAM/UNICEF 2008), les chocs subis par la majorité des ménages ont eu pour conséquence la réduction de leur capacité de production ou d'achat de vivres. En effet, il a été constaté, qu'au niveau national, la stratégie mise en œuvre par un tiers des ménages pour faire face aux chocs est de dépenser leurs économies. Un cinquième des ménages n'a pas pris de mesures pour répondre au choc et 12% se sont endettés. Concernant la hausse des prix des produits alimentaires qui est le deuxième choc cité, près de 4 ménages sur 10 affectés n'ont pas pris de mesures particulières, alors que 19% ont dépensé leurs économies. Les stratégies les plus utilisées sont liées au type de nourriture ou à la quantité consommée, et ont été utilisées par 5 à 7% des ménages concernés. Par ailleurs, près de 12% ont acheté de la nourriture à crédit, emprunté de l'argent ou emprunté de la nourriture, car elles n'ont, par exemple, pas la possibilité de puiser dans leurs économies.

Globalement, les stratégies de réponse aux chocs adoptées ont consisté au plan :

- alimentaire: à la réduction de la quantité et de la qualité des repas, à l'emprunt/achat des aliments à crédit ;
- non alimentaire : à la dépense de leurs économies et à l'emprunt.

De cette enquête, il ressort que la moitié des ménages ne s'est pas relevée ou n'a rien fait face au choc subi et très peu s'en sont partiellement remis.

Pour ce qui concerne la gestion des risques covariants, les stratégies du Gouvernement appuyé par ses partenaires sont soit insuffisantes, soit conjoncturelles.

Cette situation met en évidence la faiblesse des capacités de gestion des risques, tant au niveau des populations que de l'Etat. Il se pose ainsi le problème de l'efficacité du système de protection sociale existant qu'il est important de diagnostiquer.

⁴ Malheureusement, cette forme traditionnelle s'effrite de jour en jour

1.3 Diagnostic du dispositif actuel de protection sociale

Les mécanismes de protection sociale traditionnelle se sont avérés de plus en plus inefficaces pour assurer une protection adéquate dans un contexte de modernisation, d'urbanisation et de vulnérabilité à de grands chocs covariants, qui exigent des mécanismes plus formels et plus efficaces avec un rôle important de l'Etat.

Cependant, les mécanismes modernes de protection sociale restent peu développés. Cette section passe en revue les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces qui caractérisent le système actuel de protection sociale et ne concerne que les dispositifs et programmes publics financés soit entièrement par l'Etat soit organisé par l'Etat mais financés avec l'aide de partenaires extérieurs. Toutefois, certaines initiatives de partenaires techniques et financiers (coopérations bi ou multilatérales, secteur privé, ONG, etc.) sont signalées. Ces interventions peuvent, en effet, être considérées comme faisant partie de la stratégie de l'Etat qui favorise ces appuis afin de compléter ses moyens limités pour tenter de répondre aux besoins de protection des populations.

1.3.1 Assurance sociale

L'assurance sociale, c'est-à-dire la branche contributive de la protection sociale, axée sur le partage des risques, couvre seulement une infime minorité de la population béninoise. Les deux régimes de sécurité sociale, gérés par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et le Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB), sont destinés respectivement aux personnes employées dans le secteur privé de l'économie formelle et dans la fonction publique (et leurs ayants droits). Il existe également des assurances privées d'adhésion volontaire.

Seulement 6,4% de la population économiquement active adhèrent aux deux caisses de sécurité sociale. La faiblesse principale du système de sécurité sociale est l'exclusion de l'écrasante majorité de la population qui gagne sa vie dans le secteur informel, en particulier les couches les plus pauvres et vulnérables.

Les risques couverts par les régimes de sécurité sociale sont aussi d'étendue limitée. Ils incluent notamment les pensions de retraite, les prestations familiales et les risques professionnels. Cependant, l'assurance maladie est entièrement exclue des prestations de la CNSS, tandis que dans le cas du FNRB, l'assurance maladie est partielle, couvrant 80% des coûts des consultations, hospitalisations et certaines explorations diagnostiques. Ce « régime des 4/5^{ème} » ne rembourse pas les médicaments, principal poste de dépense de santé pour les ménages (selon les comptes nationaux de santé de 2003).

Par ailleurs, le FNRB fait face à de grands défis de solvabilité financière en raison de la détérioration de son ratio de cotisants/bénéficiaires et de ses taux de sinistralité, notamment en raison du gel du recrutement de fonctionnaires publics pendant la période de crise économique et d'ajustement structurel dans les années 80 et 90, ainsi que du gain d'espérance de vie des fonctionnaires à la retraite. Le ratio de 2,0 actifs pour un retraité, selon les données de 2008, est loin d'être suffisant pour assurer l'équilibre financier dans le cadre d'un régime par répartition, où les recettes des cotisations des fonctionnaires en activité doivent financer les prestations aux bénéficiaires actuels. Compte tenu de la relation entre le taux d'annuité et le taux de cotisation, le délai de récupération (des cotisations) d'un retraité s'élève à seulement 5,4 années, par rapport à une espérance de vie au départ en retraite de 18,3 ans pour les hommes et de 20 ans pour les femmes.

Entre 1991 et 2008 les recettes ont été multipliées par 4,4 tandis que les dépenses ont été multipliées par 7,0, augmentant inexorablement le déficit du FNRB, qui a triplé pendant cette période, nécessitant ainsi des subventions gouvernementales de plus en plus importantes pour assurer la survie de ce dispositif de protection sociale des travailleurs de la fonction publique. Le déficit du FNRB s'est élevé à 20 milliards de FCFA, équivalentes à 0,6% du produit intérieur brut (PIB), en 2011, et, selon une étude actuarielle réalisée en 2009⁵, pourrait atteindre 41 milliards de FCFA dans 50 ans sans aucune réforme paramétrique.

Les **mutuelles de sécurité sociale**, créées progressivement dans six départements depuis 1999 et fédérées dans la Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin (MSSB) en 2009, visent à étendre l'assurance sociale (assurance maladie et pensions de vieillesse) aux ménages de l'économie informelle. Le nombre total de bénéficiaires a atteint 13.264 pour la branche maladie et 234 pour la branche vieillesse en 2011, ce qui montre que la MSSB ne couvre encore qu'une très faible proportion des 2,25 millions d'actifs de l'économie informelle.

La MSSB fait face à d'autres défis importants : un taux très faible de recouvrement des cotisations (d'environ 52% en moyenne), un manque d'autonomie administrative (la gestion étant assurée largement par des fonctionnaires du Ministère du Travail et de la Fonction Publique), une situation financière déficitaire qui rend la MSSB fortement dépendante des transferts budgétaires de l'Etat (pour toutes les dépenses administratives et, sauf à Cotonou, pour les dépenses de prestations), et des retards importants dans le remboursement des prestataires des soins en raison du décaissement tardif des fonds par le Trésor Public, mettant en danger la crédibilité de la MSSB auprès des prestataires.

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. En guise de réponse aux défis posés par le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé introduit dans le cadre de l'Initiative de Bamako en 1987, le nombre de mutuelles a augmenté rapidement, de 11 en 1997 à 191 en 2010. Cependant, les mutuelles ont obtenu de faibles taux d'adhésion (environ 1,9% de la population en 2010) et de pénétration dans leurs zones de couverture respectives (entre 5% et 20% selon les cas), selon les données administratives des mutuelles de santé⁶. D'autres insuffisances clefs des mutuelles de santé sont énumérées comme suit :

- le faible niveau de la cotisation (en moyenne 200 FCFA par personne par mois) qui limite la portée du paquet de services assuré ;
- les difficultés rencontrées dans le recouvrement des cotisations (environ 60 à 70% des adhérents sont à jour de leurs cotisations) ;
- les risques de sélection adverse dans un système d'assurance de nature volontaire, allégée néanmoins par la pratique d'adhésion familiale employée dans la plupart des mutuelles ;
- la faible capacité d'autofinancement des mutuelles qui dépendent fortement des subventions d'appui de Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ;

⁵ Actuarial, Audit Actuariel du Fonds National des Retraites du Bénin, rapport pour le FNRB, Direction des Pensions et Rentes Viagères, Ministère de l'Economie et des Finances, septembre 2009.

⁶ Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé Publique, Service de la Santé Communautaire, 2011.

- les défaillances au niveau de l'offre et de la qualité des services, auxquelles l'assurance est censée donner accès, et le faible pouvoir de négociation des mutuelles auprès des prestataires ;
- la taille réduite des mutuelles qui, dans la plupart des cas, sont organisées au niveau des arrondissements et sont peu fédérées, limitant ainsi le partage des risques et la réalisation d'économies d'échelle ;
- les faiblesses de gestion (manque de professionnalisation, manque de locaux, faibles systèmes d'information et de gestion, etc.).

Dans l'ensemble, seulement 8,4% de la population est couverte actuellement par l'assurance maladie : 5,6% par le FNRB, 1,9% par les mutuelles de santé et 0,9% par l'assurance privée.

Le Gouvernement a ainsi décidé en 2008 de lancer les préparatifs pour la mise en place d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) comme initiative majeure d'amélioration de la couverture nationale du risque maladie. Le RAMU, qui a été officiellement lancé en décembre 2011, est basé sur les principes de la couverture universelle, l'approche contributive, la solidarité nationale, la responsabilité générale de l'Etat, l'équité, la gestion participative et l'efficacité.

Il est géré au niveau central par l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM), qui aura des antennes au niveau départemental (ADAM). Le financement reposera sur diverses sources dont le Fonds de Solidarité Nationale du Bénin, les contributions de l'Etat et des PTF, les dons et legs, les recettes des investissements de l'ANAM et les cotisations des adhérents. Il est prévu que l'affiliation au RAMU se fasse à travers plusieurs canaux institutionnels : la Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat (MSAE) pour les fonctionnaires de l'Etat ; la CNSS pour les travailleurs du secteur privé ; la MSSB pour les actifs du secteur informel en milieu urbain ; et les mutuelles communautaires pour le secteur informel et le monde paysan, y compris pour les indigents.

Le RAMU doit faire face à plusieurs enjeux et défis, parmi lesquels celui de mobiliser les ressources nécessaires pour rendre les primes de cotisation abordables, compte tenu des faibles revenus des populations, et pour financer des exemptions en faveur des indigents et d'autres catégories particulièrement vulnérables de la population.

Tableau 6 : Assurance sociale (principales forces, faiblesses, opportunités et menaces)

Forces	Faiblesses
• Couverture de certains risques par les régimes de sécurité sociale pour le secteur formel : retraite, accidents et maladies professionnelles, prestations familiales et, dans le cas du FNRB, assurance maladie (partiellement) • Développement rapide des mutuelles de santé avec une forte participation communautaire	• Faible niveau de couverture de la population par l'assurance maladie (8,4% pour le FNRB, les mutuelles et l'assurance privée) • Régimes de sécurité sociale: couverture limitée au secteur formel (6,4% de la population active assurée) ; nombre réduit de risques couverts ; situation déficitaire du FNRB nécessitant d'importants transferts du budget de l'Etat (0,6% du PIB en 2011) ; faiblesses des systèmes d'information et de gestion • Peu de progrès dans les tentatives d'extension de l'assurance sociale au secteur informel • Mutuelles de santé : faible capacité contributive des ménages, faibles taux de recouvrement des cotisations, faible capacité de gestion, dépendance de l'appui financier des PTF, taille réduite des mutuelles, risques de sélection adverse, défaillances au niveau de l'offre et de la qualité des services sanitaires
Opportunités	Menaces
• Engagement politique et préparatifs de l'opérationnalisation du RAMU comme tentative d'extension de l'assurance maladie à la majorité de la population actuellement non assurée • Réformes en cours ou prévues au FNRB, à la CNSS et à la MSSB • Appui des ONG « promoteurs » et des PTF aux mutuelles de santé	• Détérioration progressive de l'équilibre financier au FNRB, nécessitant des subventions publiques encore plus coûteuses • Difficultés de financement adéquat du RAMU par le budget de l'Etat pour permettre un niveau de cotisation abordable pour les populations pauvres et/ou des exemptions de paiement à large échelle, pouvant mettre en danger l'objectif de couverture universelle

1.3.2 Assistance sociale

1.3.2.1 Transferts sociaux

Les transferts sociaux aux individus et ménages en situation précaire se limitent actuellement aux secours fournis aux indigents par le Ministère en charge de la Famille, les aides octroyés par le Fonds d'Appui à la Réadaptation et à l'Intégration des Personnes Handicapées (FARIPH), des programmes alimentaires en faveur de groupes vulnérables comme les enfants d'âges scolaires en zones défavorisées (à travers des cantines scolaires) et les personnes affectées par le VIH/SIDA, et la distribution de fournitures scolaires aux enfants vulnérables dans 18 communes présentant les plus faibles taux de scolarisation.

Il y a aussi un petit programme financé par la Coopération Suisse pour l'octroi de bourses en faveur des filles en situation difficile en zones de pauvreté élevée dans le centre et le nord du pays, principalement pour promouvoir la scolarisation au niveau universitaire (mais étendu aux autres niveaux d'enseignement dans le département du Borgou).

Les secours aux indigents sont ponctuels et profitent à une infime partie de la population en pauvreté extrême : 1.641 en 2009 et 2.123 en 2010, ce qui est équivalent à 0,2% de la population en situation de pauvreté alimentaire. Les montants octroyés sont faibles (en moyenne 38.000 FCFA par bénéficiaire en 2010) et ne sont pas des transferts sociaux au sens strict de transferts payés de manière régulière et prévisible en vue de renforcer les capacités des ménages les plus vulnérables afin qu'ils puissent se prendre en charge sur une base durable.

Le Bénin n'a pas encore expérimenté des programmes de pensions de vieillesse ou d'allocations familiales non-contributives, à l'instar de quelques pays d'Afrique australe comme l'Afrique du Sud, le Botswana, l'Ile Maurice, le Lesotho, la Namibie et le Swaziland.

Les cantines scolaires constituent le principal mode de transfert social utilisée dans le secteur de l'éducation et sont financées et gérées conjointement par le gouvernement et plusieurs PTF, dont notamment le Programme Alimentaire Mondial (PAM). En moyenne, pendant la période de 2005 à 2009, les cantines scolaires ont fait bénéficier à 186.300 élèves par an à un coût moyen d'environ 29.000 FCFA par élève par an. Des variations importantes dans les coûts par bénéficiaire semblent refléter des différences entre les programmes concernant le nombre de jours scolaires couverts, la nature des prestations offertes aux élèves et les frais d'approvisionnement, de logistique et d'administration.

Le ciblage se fait sur une base géographique qui prend en compte les indicateurs scolaires et les niveaux de pauvreté ou d'insécurité alimentaire. Au total, 13,8% des élèves scolarisés au niveau primaire sont bénéficiaires des cantines scolaires, au moins pendant une partie de l'année scolaire, selon les données administratives de 2009.

Une évaluation conduite en 2010⁷, qui a comparé l'évolution des indicateurs scolaires pour toutes les écoles du pays entre 2005/06 et 2008/09, a confirmé le fort impact des cantines sur la scolarisation. Les effectifs féminins ont augmenté de 43% entre les deux dates dans les écoles à cantines, mais de 19% dans les écoles sans cantines (les taux équivalents pour les garçons ont été 28% et 11%). Cependant, le fait que l'étude n'a trouvé aucun impact significatif sur les taux de redoublement suggère que les faiblesses au niveau de la qualité de l'enseignement sont déterminantes en ce qui concerne l'apprentissage des élèves.

L'autre mode principal de transferts sociaux alimentaires concerne la distribution de rations alimentaires et les programmes nutritionnels.

- Le nombre moyen de bénéficiaires des programmes de distribution de rations alimentaires aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et les orphelins et enfants vulnérables en raison du SIDA se situait autour de 27.000 entre 2007 et 2009, dont environ 5.000 bénéficiaires des rations distribuées par le Ministère de la Santé avec l'appui de la Banque Mondiale et le reste par le PAM.

⁷ M. Garnier et P.A. Gbénou, Evaluation de l'efficacité des différents types de cantines scolaires au Bénin, étude appuyée par la DANIDA, septembre 2010.

- Dans le cadre de la réponse humanitaire aux urgences, le gouvernement avec l'appui de la communauté internationale organise aussi la distribution des vivres et d'autres produits de première nécessité, comme dans le cas des inondations de 2010, qui ont laissé 150.000 personnes sans abri dans 55 communes.
- Les programmes nutritionnels ciblent les enfants de moins de 5 ans en situation de malnutrition aigüe et montrent un taux de couverture relativement élevé de la population concernée (51% en 2009).

1.3.2.2 Les subventions à la consommation

Les subventions à la consommation sont devenues particulièrement importantes pendant la crise mondiale des hausses des prix des denrées alimentaires et des produits énergétiques en 2007-2008, mais ont été généralement mal ciblées. Ces subventions, qui visent à protéger le pouvoir d'achat, sont devenues temporairement une lourde charge budgétaire pour l'Etat.

Les subventions à la consommation alimentaire ont été introduites sous forme d'allègement des droits de douane pendant plusieurs mois en 2007-2008. Par ailleurs, l'Office National d'Appui à la Sécurité Alimentaire (ONASA) a constitué un stock tampon de produits vivriers, qui ont ensuite été vendus à des prix réduits par rapport à ceux du marché. Ces subventions ont profité plus aux ménages les plus aisés, dû au fait qu'elles concernaient principalement des produits importés qui sont surtout consommés par ces ménages. En fait il est difficile de subventionner les produits alimentaires locaux consommés par les ménages pauvres parce qu'ils sont largement commercialisés dans le marché informel.

Des subventions aux produits énergétiques (produits pétroliers et électricité) existent depuis de nombreuses années, tout en fluctuant selon les prix mondiaux et les prix plafonds fixés par le gouvernement. Ces subventions ont augmenté à des niveaux très élevés en 2007-2008 en raison de la hausse des prix mondiaux. Encore une fois, l'incidence de bénéfices n'était pas « pro-pauvre », sauf dans le cas du subventionnement du pétrole lampant, qui est consommé essentiellement en milieu rural et est plus bénéfique aux ménages pauvres.

Le lourd coût fiscal des subventions énergétiques et alimentaires, estimé à l'équivalent de 2,2 % du PIB au cours du premier semestre 2008, a conduit le gouvernement à supprimer les subventions alimentaires et à réduire les subventions énergétiques en 2009.

1.3.2.3 Politiques de gratuité dans les secteurs sociaux

Les mesures de gratuité dans les secteurs sociaux peuvent être comprises comme mécanismes de protection sociale (en effet des transferts sociaux indirects) en ce sens qu'elles visent à surmonter les barrières financières qui entravent l'accès des pauvres aux services sanitaires et d'enseignement.

Le Bénin a aboli les frais de scolarisation au niveau des enseignements maternel et primaire, et, pour les filles, dans les deux premières classes du secondaire, en vue de promouvoir les objectifs de l'éducation pour tous. Les manuels de français et de mathématiques sont aussi distribués gratuitement aux élèves. Néanmoins, les frais qui restent à payer (uniformes, fournitures scolaires, frais d'examen et frais officiels 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 en décembre 2006 mais n'a pas encore été mise en application. Des mesures de gratuité plus restreintes ont été adoptées pour le traitement du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, pour le traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose, pour les césariennes et pour quelques services préventifs, notamment les vaccinations du PEV.

La gratuité du traitement du paludisme a démarré en novembre 2011 au niveau de quelques centres de santé et par la suite a été généralisée à tout le territoire national. Les prises en charge (consultations, médicaments et frais hospitaliers) sont remboursées sur présentation des factures et ordonnances par les établissements sanitaires. L'initiative étant à ses débuts, le fonctionnement connaît quelques difficultés liées aux justificatifs requis pour les remboursements, qui en principe devraient s'effectuer dans un délai ne dépassant pas 2 à 3 mois. Afin d'éviter la déperdition des fonds pour d'autres affections, il est prévu un test de diagnostic du paludisme pour prétendre un remboursement. Pour la réalisation de ces tests, il n'y a malheureusement pas l'équipement adéquat dans tous les centres de santé.

9,3 milliards de FCFA sont prévus par an pour la gratuité du paludisme, dont 58% pour les cas graves qui sont pris en charge au niveau des hôpitaux et 30% pour les cas de paludisme simple pris en charge au niveau communautaire dans les centres de santé. Le coût moyen de la prise en charge est d'environ 21 000 FCFA par enfant pour le paludisme grave et 1 200 FCFA pour le paludisme simple.

La décision de la gratuité de la césarienne a été prise par décret N°2008-730 du 22 décembre 2008 et est entrée en vigueur à partir d'avril 2009. Gérée par l'Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne (ANGC), la gratuité consiste au remboursement par l'Etat du transfert de la femme enceinte dans la zone sanitaire, de la prise d'une veine avec soluté avant le transfert, des frais de consultation, du coût de l'acte opératoire, du coût des médicaments et consommables médicaux, des frais d'hospitalisation et du contrôle post opératoire. Le coût d'une césarienne est plafonné au maximum à 115 000 FCFA dont au plus 15 000 FCFA pour les frais de gestion de l'agence. En moyenne 1 599 césariennes sont prises en charge par mois depuis le démarrage de la gratuité. Le paiement se fait tous les trois mois après validation des dossiers des différents hôpitaux par l'Agence.

Les autres services restent payants, sauf pour un nombre réduit de bénéficiaires du Fonds Sanitaire des Indigents (FSI). Le FSI fonctionne depuis 2000, prenant en charge environ 22.000 indigents par an, selon le Ministère de la Santé. La mesure concerne toutes les zones sanitaires du pays depuis 2007. Il n'existe pas de liste préétablie d'indigents qui bénéficient d'office des prises en charge. Ils sont identifiés plutôt lors de l'utilisation des services sur la base d'une enquête sociale rapide et largement « passif » du fait que les patients vivent souvent loin des établissements sanitaires. La méthode de ciblage est ainsi peu fiable.

Le mécanisme consiste essentiellement à rembourser les prestataires sur la base des documents de prises en charge que présentent les hôpitaux et les centres de santé. Il est financé à hauteur d'un milliard de FCFA par an (augmenté à 1,3 milliards dans le budget de 2012), mais le taux d'exécution budgétaire est faible (en moyenne 65% en 2009-11), conduisant au remboursement tardif des prestataires (entre 3 et 6 mois) et à l'accumulation d'impayés de plus d'un milliard de FCFA.

1.3.2.4 Promotion de l'emploi par l'approche HIMO

Pour réduire la forte portée de la vulnérabilité économique des populations, le gouvernement a mis en place plusieurs politiques, stratégies et programmes d'appui à la promotion de l'emploi et l'amélioration des revenus, ainsi que des programmes d'appui à la production agro-alimentaire au niveau communautaire.

Des programmes de Travaux d'Intérêt Public à Haute Intensité de Main d'Œuvre (TIP-HIMO) ont été mis en œuvre à petite échelle en vue de hausser le niveau de vie des ménages pauvres ayant une capacité de travail et affectés par le chômage ou le sous-emploi, et de créer des infrastructures et d'autres actifs sociaux et économiques. Le Programme de Gestion Urbaine Décentralisée de l'Agence de Gestion des Travaux Urbains et le Projet d'Appui au Secteur Routier ont mis en valeur cette approche, mais jusqu'ici à petite échelle, avec environ 7.000 bénéficiaires en 2008. Ces programmes couvrent à peine 1% de la population en pauvreté alimentaire ayant une capacité de travail.

Tableau 7 : Assistance sociale : principales forces, faiblesses, opportunités et menaces

Forces	Faiblesses
• Taux de couverture des programmes nutritionnels relativement élevé par rapport à la population d'enfants < 5 ans malnutris aigus • Appui alimentaire aux patients du SIDA (en complément du traitement antirétroviral) et leurs familles • Réactivité positive face aux situations d'urgence • Bon ciblage dans le cas du subventionnement du pétrole lampant • Stocks tampons de produits vivriers comme moyen de stabilisation des marchés • Mise en œuvre de la gratuité de l'enseignement maternel et primaire, accompagné de transferts de fonds aux écoles pour compenser la perte de ressources • Fort impact des cantines scolaires sur la scolarisation, notamment des filles • Mise en œuvre de mesures de gratuité spécifiques dans le secteur de la santé (ARV, traitement de paludisme chez les enfants < 5 ans et les femmes enceintes, césariennes, vaccinations) • Quelques expériences pilotes positives de TIP-HIMO: amélioration du niveau de vie des bénéficiaires, utilité des travaux réalisés (routes rurales, etc.) et renforcement des capacités des bénéficiaires (formation sur le chantier)	• Nature ponctuelle et couverture extrêmement limitée des secours aux indigents (0,1% de la population en pauvreté alimentaire) • Absence totale de programmes de transferts sociaux réguliers et prévisibles dans une optique de réduction de la vulnérabilité des pauvres sur une base durable et de renforcement du capital humain • Mauvais ciblage de la plupart des produits subventionnés • Coût élevé des subventions en périodes de fortes hausses des prix mondiaux • Nature partielle de la gratuité de l'enseignement : frais des fournitures scolaires, uniformes et examens restent un obstacle à la fréquentation scolaire • Couverture limitée des cantines scolaires • Insuffisances et retards dans le paiement des transferts aux écoles, conduisant à l'imposition de frais informels • Etendue limitée de la gratuité dans le secteur de la santé, laissant la plupart des services payants et conduisant aux faibles taux d'utilisation • Faible accompagnement des mesures de gratuité dans le secteur de la santé (ressources, approvisionnement en médicaments) qui mine l'offre des services • Faible couverture et mauvais ciblage du Fonds Sanitaire des Indigents • Nombre réduit de bénéficiaires et mauvais ciblage des TIP-HIMO en raison du salaire relativement élevé (au-dessus du SMIG) • Part faible des transferts (salaires payés) dans les coûts totaux des TIP-HIMO
Opportunités	Menaces
• Possibilité de restructuration des secours aux indigents comme programme de transferts en espèces réguliers et prévisibles • Lancement prévu d'un programme pilote de transferts en espèces (Ministère de la Décentralisation en partenariat avec le Ministère en charge de la Famille et la Banque Mondiale) qui peut servir comme opportunité d'apprentissage en vue d'un éventuel passage à l'échelle nationale • Engagement politique en faveur de l'extension de la gratuité aux soins de santé pour les enfants < 5 ans • Pertinence particulière de l'approche des TIP-HIMO pour	• Faiblesses de capacité et de ressources pour le développement de programmes de transferts en espèces à l'échelle nationale et avec un niveau de couverture significative • Manque d'expansion ou même non pérennisation du programme pilote de transferts en espèces en raison d'un niveau faible d'appropriation politique (et de financement gouvernemental) et d'un cadre institutionnel potentiellement mal adapté • Risques de futures hausses des prix mondiaux alimentaires et énergétiques, entraînant de lourdes dépenses publiques de subventionnement de produits principalement consommés par les moins pauvres

faire face à l'ampleur du sous-emploi, y compris en milieu rural pendant la période de soudure • Enormes besoins de construction, réhabilitation et entretien d'infrastructures, de travaux de protection environnementale et d'assainissement (domaines dans lesquels l'approche des TIP-HIMO est économiquement efficiente)	• Réorientation des fonds actuellement employés pour le financement des mesures de gratuité dans le secteur de la santé vers un système d'assurance maladie • Fortes exigences en capacités de gestion pour assurer l'efficacité et l'efficacité des TIP-HIMO (conception de projets, ciblage, qualité des travaux, etc.), et risques de manipulation des projets à des fins politiques
--	--

1.3.3 Services d'action sociale

Les services d'appui aux groupes vulnérables tels que les personnes âgées, les personnes handicapées et les orphelins, et les programmes de prévention et de réponse aux incidents d'abus, de violence et d'exploitation, sont gérés 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, peu coordonnés 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 Ministère en charge de la Famille, notamment à travers ses 84 Centres de Promotion Sociale (CPS), en moyenne un par commune, qui sont chargés du soutien des personnes en difficulté dans leurs localités, et ses 25 Services Sociaux Spécialisés (SSS) localisés dans les hôpitaux et d'autres structures publiques. D'autres services sont sous la responsabilité de la Police Nationale, surtout pour la suppression de la traite des enfants et des femmes, et du Ministère du Travail et de la Fonction Publique en ce qui concerne le travail des enfants.

Parmi les programmes les plus structurés, on note celui de la lutte contre la traite des enfants, qui débute par la prévention et la veille à la base (à travers un dispositif de 1800 comités locaux de lutte contre la traite) et continue par la récupération et la prise en charge des victimes, la mise en place de structures d'accueil, la réinsertion sociale (ou le rapatriement) et des dispositifs de sanction. La coordination transfrontalière se base sur des accords sous régionaux et bilatéraux.

Autre programme relativement bien ancré est celui de la prise en charge psycho-sociale des orphelins du SIDA et d'autres personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA, qui est géré par la cellule Cœur d'Espoir au Ministère en charge de la Famille et mis en œuvre à travers les CPS.

Il est à noter que le Ministère en charge de la Famille a entrepris des initiatives importantes en vue de promouvoir l'intégration et une meilleure efficacité des services d'action sociale : la conception et la vulgarisation d'un paquet standardisé d'outils et de procédures (l'enquête sociale, le plan d'intervention, le suivi, la référence, l'appui institutionnel aux groupements de bénéficiaires, et la communication pour le changement de comportement) et la définition d'un paquet minimum d'activités à exécuter au niveau déconcentré.

Le plus grand défi pour les CPS et les autres structures publiques impliquées est d'assurer la prestation des services sur une large échelle, compte tenu de l'ampleur des besoins de protection, dans un contexte de manque cruel de ressources humaines et financières. Il est également difficile pour les CPS d'exercer le suivi et le contrôle des services gérés par les ONG et structures privées, telles que les orphelinats, qui, souvent, ne sont pas enregistrés officiellement et ne sont pas conformes aux normes de qualité établies. Ces contraintes limitent aussi la portée des centres et programmes d'appui aux personnes handicapées.

Tableau 8 : Services d'action sociale : principales forces, faiblesses, opportunités et menaces

Forces	Faiblesses
• Grand nombre d'acteurs (étatiques, confessionnels et ONG) et disponibilité de financements externes • Mise en place d'un dispositif exemplaire de lutte contre la traite des enfants (1800 comités locaux de lutte, 5 brigades de surveillance des frontières, accords sous régionaux et bilatéraux) • La prise en charge des orphelins du SIDA (Cellule Cœur d'Espoir) • Cadres politiques en place pour les principaux groupes cibles • Développement d'outils et de procédures et définition du paquet minimum d'activités des CPS	• Faible niveau de financement et de couverture de la plupart des programmes • Fragmentation des programmes et projets gérés par de nombreux acteurs et faiblesses de coordination • Dépendance du financement externe et difficultés de pérennisation • Faibles capacités des centres de promotion sociale (CPS)
Opportunités	Menaces
• Existence d'un plan stratégique pour le renforcement de l'action sociale.	• Risque d'augmentation de la population en situation de haute vulnérabilité.

1.3.4 Cadre législatif et réglementaire, capacités institutionnelles et financement de la protection sociale

1.3.4.1 Cadre législatif et réglementaire

La Constitution du Bénin reconnaît implicitement le droit à la protection sociale. Elle affirme en son article 8 que la personne humaine est sacrée et inviolable et que l'Etat a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Elle affirme également en son article 9 que « tout être humain a droit au développement et au plein épanouissement de sa personne ». A cet effet, il assure à ses citoyens l'égalité d'accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi.

Par ailleurs, les droits proclamés et garantis par la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples font partie intégrante de la Constitution (article 7) et les traités internationaux ont une autorité supérieure à celle des lois internes.

Le Bénin a aussi ratifié la plupart des instruments de droit international relatif à la protection, notamment la Convention relative aux droits de l'Enfant, la Convention pour l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits des personnes handicapées et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant et les conventions de l'OIT.

Il existe par ailleurs des textes nationaux régissant plusieurs aspects de la protection sociale, notamment dans les domaines suivants :

- La sécurité sociale : retraite, décès (et droits des veufs et orphelins), risques professionnels ;
- La gratuité de l'enseignement maternel et primaire ;
- La micro-finance et l'octroi de microcrédits aux plus pauvres ;
- Les mutuelles de santé ;
- La protection sociale des enfants, des femmes, de la famille et des personnes handicapées ;
- La lutte contre le travail des enfants ;
- L'interdiction de la traite des enfants ;
- L'interdiction de l'exploitation sexuelle de l'enfant ;
- La répression des mutilations génitales féminines ;
- La protection des droits des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA ;
- L'assistance sociale aux enfants en conflit avec la loi et en danger moral ;
- Le RAMU ;
- Les secours aux indigents ;
- Le Fonds Sanitaire des Indigents ;
- La gratuité de la césarienne ;
- La formation et la qualification professionnelle.

Toutefois, il existe encore des domaines non couverts qu'il est nécessaire de régler afin de renforcer la protection des groupes vulnérables, et le défi de renforcer l'application des lois se pose avec acuité. Il est question en particulier de l'adoption du Code de l'Enfant, actuellement à l'étude par l'Assemblée Nationale, et de prendre en compte la Convention relative aux droits des personnes handicapées dans les lois nationales. En outre, les déficits en ressources humaines, le manque de moyens et la méconnaissance des textes nationaux et des textes régionaux et internationaux ratifiés par le Bénin sont des handicaps majeurs à l'application effective de la loi.

1.3.4.2 Capacités institutionnelles

L'ampleur et l'efficacité de la protection sociale dépendent aussi des capacités institutionnelles 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 d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux impliqués, ***un des plus grands défis est celui de développer un cadre de coordination effective*** pour rendre aussi cohérente que possible la gamme de programmes en vigueur, assurer l'efficacité des ressources déployées, éviter la dispersion des efforts, promouvoir l'échange des expériences et promouvoir la synergie des programmes. La mise en place du Comité Interministériel « Socle de Protection Sociale », en décembre 2010, réunissant les principaux ministères concernés sous la présidence du Ministère chargé du Développement, a constitué un pas important vers une meilleure coordination intersectorielle dans le domaine.

La capacité de conception et d'exécution des programmes de protection sociale est 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. Depuis 1996/97, ces restrictions ont été relâchées partiellement. Ceci a permis le renforcement des capacités en ressources humaines, bien que les capacités restent encore relativement faibles dans la plupart des structures s'occupant de la protection sociale, surtout au niveau déconcentré. Par exemple, malgré des recrutements récents, le Ministère en charge de la Famille opère en 2012 avec 38% des ressources humaines nécessaires et les CPS fonctionnent avec une moyenne de 3,7 agents par centre sur 11 agents prévus.

Les systèmes de gestion de l'information sont souvent faibles et la plupart des institutions n'ont pas encore développé une vraie culture de suivi et d'évaluation des programmes, limitant ainsi les connaissances sur les groupes cibles et les données disponibles sur la couverture et les impacts des programmes.

1.3.4.3 Financement de la protection sociale

Les programmes de protection sociale ont historiquement reçu une part faible des dépenses publiques et du produit intérieur brut (voir le Tableau 1.9).

Tableau 9 : Dépenses publiques de protection sociale, 2009

	Millions de FCFA	% du total
Assurance Sociale		
Financement du déficit du FNRB	17.945	52,0
Transferts à la MSSB	93	0,3
Assistance sociale		
Services d'action sociale	2.701	7,8
Transferts en espèces	103	0,3
Cantines scolaires	9.267	26,9
Programmes nutritionnels	249	0,7
Autres transferts en nature	532	1,5
Programmes de TIP-HIMO	2.044	5,9
Fonds Sanitaire des Indigents	1.000	2,9

Subventions à la consommation		
Subventions aux produits alimentaires	13	0,0
Subventions aux produits énergétiques	530	1,5
Total	34.478	100,0
Total en % des dépenses publiques	4,51	
Total en % du PIB	1,11	
Total hors FNRB	16.533	
Total hors FNRB en % des dépenses publiques	2,16	
Total hors FNRB en % PIB	0,53	

Sources : Données des programmes⁸ et du Ministère de l'Economie et des Finances.

Ces dépenses ont été amplifiées temporairement par l'importance des subventions à la consommation en 2007-2008 pour faire face à la crise alimentaire et énergétique mondiale. En 2009, à la suite de la suppression de la plupart des subventions, les dépenses sur la protection sociale se sont élevées à 34 milliards de FCFA soit 4,5% des dépenses publiques.

Cependant environ la moitié de ces dépenses ont été consacrées au financement du déficit du FNRB. En excluant ce dernier, qui n'est pas destiné à la protection sociale des couches les plus vulnérables, les dépenses de protection sociale ont avoisiné les 16,5 milliards de FCFA, ce qui est équivalent à seulement 2,2% des dépenses publiques ou 0,5% du PIB

1.3.5 Contraintes et atouts majeurs

De l'analyse diagnostique, il ressort que *plusieurs contraintes limitent l'efficacité du système actuel de protection sociale au Bénin*. Il s'agit, notamment, des caractéristiques suivantes du système existant :

- la faible couverture des (voir le tableau 2.7) et le mauvais ciblage des bénéficiaires ;
- l'absence de programmes de transferts sociaux monétaires réguliers et prévisibles dans une optique de réduction de la vulnérabilité des pauvres sur une base durable et de renforcement du capital humain ;
- l'insuffisance de ressources pour la mise en œuvre des programmes existants ;
- la forte dépendance du financement externe et des difficultés de pérennisation ;
- la gestion peu efficace des programmes existants ;
- le déficit de certains régimes d'assurance sociale (FNRB, mutuelles) ;

⁸ Cf. Rapport sur « La revue des besoins et des filets sociaux au Bénin » (BM, 2010).

- la non application des textes existants en matière de protection sociale ;
- la faible coordination des politiques et stratégies sectorielles de protection sociale.

Mais le Bénin dispose aussi de plusieurs atouts pour surmonter ces contraintes :

- la volonté politique de renforcer la protection sociale, exprimée dans les principaux documents d'orientation du développement national, y compris dans les SCRP ;
- la réforme en cours pour rendre le FNRB viable sur le plan financier, qui, tout en assurant la pérennité du Fonds, devrait aussi permettre à l'Etat de réorienter les ressources importantes actuellement consacrées au financement du déficit du FNRB vers des programmes de protection sociale en direction des couches les plus vulnérables ;
- les mesures initiales prises pour établir un système national d'assurance maladie (le RAMU) comme moyen de s'adresser aux barrières financières qui entravent l'accès des ménages aux services de santé ;
- les expériences positives des cantines scolaires, des programmes de lutte contre la malnutrition et des projets pilotes de TIP-HIMO ;
- la disponibilité des PTF d'appuyer le renforcement de la protection sociale, notamment dans le pilotage des transferts sociaux monétaires aux ménages en pauvreté extrême.

1.3.6 Défis majeurs à relever

Il ressort de l'analyse diagnostique que le renforcement de la protection sociale doit s'adresser aux sept défis majeurs suivants :

1. ***L'amélioration du niveau de vie des ménages les plus pauvres.*** Le manque de progrès ces dernières années dans la réduction de l'incidence et de la profondeur de la pauvreté souligne l'importance de mettre en place des mesures de protection sociale non contributive pour hausser le niveau de vie des ménages les plus pauvres. Les instruments les plus efficaces, selon les évidences internationales, seraient des programmes de transferts sociaux monétaires et des TIP-HIMO ciblant les ménages les plus pauvres. Mis à part leurs effets positifs sur le niveau de consommation, notamment alimentaire (avec des impacts potentiellement larges sur la nutrition), ces types de programmes permettraient aux ménages les plus pauvres de renforcer leurs investissements productifs et leurs investissements dans les enfants, contribuant ainsi à leur autonomisation sur une base durable et à la rupture du cycle de pauvreté chronique.
2. ***La réduction de la malnutrition.*** Les niveaux élevés de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans (parmi les plus élevés en Afrique) exigent le renforcement des programmes nutritionnels, ainsi que la mise en œuvre de transferts sociaux, qui, par leur impact sur le niveau et la diversité de la consommation alimentaire, devraient jouer un rôle préventif important.
3. ***L'amélioration de l'accès aux services sociaux de base des plus vulnérables.*** L'intégration des personnes les plus vulnérables dans le processus de développement nécessite en réalité la mise à la disposition de cette frange de la population des services sociaux de qualité et en quantité suffisante.

4. ***Le renforcement des services d'actions sociales auprès des groupes vulnérables*** : Il s'agit de dynamiser les appuis en faveur des groupes les plus vulnérables à travers des actions concrètes visant la satisfaction des besoins spécifiques.
5. ***La consolidation des régimes de sécurité sociale***. Il est crucial d'assurer la viabilité actuarielle des régimes de sécurité sociale, notamment dans le cas du FNRB afin d'assurer la pérennité de ce fonds et de réduire le lourd fardeau budgétaire du financement de son déficit structurel. Il s'agit aussi d'améliorer le cadre institutionnel et de moderniser les systèmes administratifs de ces régimes.
6. ***L'extension de la sécurité sociale aux couches les plus vulnérables notamment les acteurs du secteur informel et du monde rural*** : La couverture des risques professionnels (maladies/accidents de travail) ne touche qu'une infime partie de la population béninoise. La population pauvre rurale et urbaine est peu prise en compte dans le réseau des institutions modernes de protection sociale, ce qui constitue en soi un véritable facteur de vulnérabilité.
7. ***Renforcement du cadre législatif et réglementaire, des capacités institutionnelles et du financement de la protection sociale***. Il s'agit des défis de (i) combler les gaps dans la réglementation, pour assurer une protection sociale adéquate des groupes vulnérables, (ii) construire des mécanismes efficaces de coordination plurisectoriel et de renforcer les capacités institutionnelles, (iii) accroître la part de la protection sociale dans les dépenses publiques et réorienter ces dépenses en priorité vers les couches les plus vulnérables et (iv) mettre en place de forts systèmes de suivi et évaluation.

II. Fondement, principes, vision, objectifs et orientations et axes stratégiques

2.1 Fondement

La politique holistique de protection sociale se fonde, d'une part, sur les initiatives de développement auxquelles le pays prend part sur le plan mondial et régional et, d'autre part, sur les valeurs et les ambitions que la Nation s'est fixée à travers les documents de politiques et stratégiques de développement.

2.1.1 Au plan international

La politique holistique de protection sociale tire ses fondements en partie des engagements régionaux, continentaux et internationaux pris par le Bénin dans le cadre des droits universels de l'homme, des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), de l'Initiative Socle de Protection Sociale, et du Cadre de Politique Sociale Africaine de l'Union Africaine.

Les Nations Unies et l'Union Africaine ont appelé les pays à renforcer leurs systèmes de protection sociale comme moyen de lutte contre la pauvreté, d'amélioration de l'accès des populations aux services sociaux de base et de réduction de la vulnérabilité des ménages les plus démunis aux chocs. En avril 2009, le Système des Nations Unies a proposé un « socle de protection sociale », en tant que paquet minimal de prestations de protection sociale, comme une des composantes clefs de la réponse à la crise mondiale et a demandé à chaque pays de définir son propre socle national 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.

L'Union Africaine a affirmé, dans son Cadre de Politique Sociale Africaine, adopté lors de la conférence des ministres africains en charge du développement social, tenue à Windhoek, Namibie, en octobre 2008, que « la protection sociale doit constituer une obligation de l'Etat », incluant notamment un « ensemble minimum de la protection sociale essentielle ».

La Conférence Internationale du Travail, dans sa 101^{ème} session en 2012, a affirmé que les stratégies nationales d'extension de la protection sociale devraient :

- a) accorder la priorité à la mise en œuvre des socles de protection sociale en tant que point de départ pour les pays qui n'ont pas un niveau minimal de garanties de sécurité sociale et comme élément fondamental de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale ;
- b) chercher à assurer des niveaux plus élevés de protection au plus ^[1] grand nombre possible de personnes et aussi rapidement que possible, reflétant les capacités économiques et budgétaires des Membres.

2.1.2 Au plan national

La politique holistique de protection sociale se fonde aussi sur les dispositions constitutionnelles, la devise du pays et les priorités nationales. La Constitution du 11 décembre 1990 prescrit que l'Etat a l'obligation absolue de respecter et de protéger la personne humaine. Ainsi, le respect des droits humains et de l'équité est un des principes à valeur constitutionnelle. Le sens de la devise du Bénin « Fraternité, Justice, Travail » véhicule, entre autres, les principes et les pratiques de la solidarité et d'entraide qui sont au cœur même de la protection sociale. Ces pratiques, qui ont évolué dans les différentes régions du pays et les différentes couches sociales, notamment au niveau de la famille élargie, offrent de riches bases pour l'évolution vers une protection sociale plus formalisée à plus grande échelle.

La politique de protection sociale se fonde également sur les priorités nationales contenues dans les différents documents nationaux de planification du développement à savoir les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme, les Orientations Stratégiques de Développement et les Stratégies de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté.

2.2 Vision

« A l'horizon 2025, le Bénin est une nation solidaire, d'équité et de bien-être social qui protège les populations, notamment les couches sociales les plus vulnérables, contre les risques économiques et sociaux en vue du renforcement de leur capacité à se prendre en charge sur une base autonome et durable et ainsi à participer efficacement au processus de développement ».

2.3 Principes directeurs

Au regard du fondement de la politique, et tenant compte des meilleures pratiques au niveau mondial ainsi que des priorités nationales et des spécificités socio-culturelles et économiques du pays, les principes ci-après sous-tendent la politique holistique de protection sociale.

- ***Une approche basée sur les droits humains universels, et notamment le droit à la protection sociale, et le principe d'équité*** dans le cadre d'un véritable contrat social entre l'Etat et les citoyens. La Constitution du 11 décembre 1990 prescrit que l'Etat a l'obligation absolue de respecter et de protéger la personne humaine, et intègre les conventions internationales relatives aux droits de l'homme, y compris le principe du droit à la protection sociale, dans la loi nationale. Ainsi, le respect des droits humains, y compris le droit à la protection sociale, est un principe à valeur constitutionnelle.
- Le sens de la devise du Bénin « Fraternité, Justice, Travail » et les pratiques courantes et d'entraides communautaires sont les signes d'une solidarité nationale et d'assistance aux personnes vulnérables. La politique favorisera l'appui aux ménages et individus en situation de vulnérabilité la plus profonde, la réduction des inégalités et la promotion de l'égalité de chances afin d'assurer l'inclusion sociale et la construction d'une société juste.
- ***La priorité donnée aux risques les plus significatifs et aux populations les plus vulnérables.*** Les populations sont soumises à une gamme de risques importants, dont l'importance varie d'une couche à une autre, selon leurs capacités à faire face à ces risques. A cet effet, il sera privilégié une approche de priorisation selon l'importance et la fréquence des risques et les besoins de renforcement des capacités des ménages et des individus les plus vulnérables.
- ***L'approche des « 3 Ps » :*** La politique reflète une conceptualisation ample de la protection sociale qui comprend des actions de :
 - ***Prévention*** : réduction des risques et de leurs impacts néfastes ;
 - ***Protection*** : appuis aux ménages affectés par des chocs, partage des risques par des mécanismes assurantiels et prise en charge des personnes victimes de violences, de maltraitance ou d'exploitation ;
 - ***Promotion*** : promotion de l'investissement dans le capital humain (notamment des enfants), de l'autonomisation économique des ménages les plus vulnérables, de réadaptation des personnes handicapées et de promotion de la réinsertion familiale et sociale, en vue du renforcement des capacités et de réduction de la vulnérabilité sur une base durable.
- ***Le renforcement du cadre protecteur de la famille.*** La famille est le lieu privilégié de protection et d'épanouissement de ses membres et notamment de ceux qui sont les plus vulnérables : les enfants, les femmes, les personnes âgées et les personnes handicapées. En cas de défaillances au niveau de la famille, le premier recours est de renforcer la cellule familiale et d'assurer le respect de ses obligations, le placement dans une institution étant une mesure d'exception, utilisée seulement en cas de risques élevés de maltraitance et d'abus et comme mesure temporaire avant de trouver d'autres solutions dans un cadre familial mieux adapté.
- ***L'intégration de l'approche genre.*** Une attention particulière sera accordée à la promotion de l'équité et l'égalité de genre afin d'éliminer les discriminations et désavantages qui, dans de multiples domaines, rendent les femmes plus vulnérables aux risques que les hommes.

- ***L'approche communautaire.*** Les structures communautaires jouent un rôle clef dans la prévention des risques sociaux, la médiation et la résolution des problèmes. La sensibilisation au niveau communautaire est un moyen privilégié de prévention de certains risques sociaux.

2.4 OBJECTIFS

L'objectif général de la politique est de ***réduire la vulnérabilité des populations face aux risques.***

Objectifs spécifiques

- Intensifier les mesures en faveur des groupes vulnérables ;
- Renforcer le système d'assurance sociale ;
- Améliorer le cadre législatif et réglementaire.

2.5 Orientations stratégiques

L'atteinte de ces objectifs passe par la mise en œuvre des cinq orientations stratégiques ci-après :

- Promotion des transferts sociaux ;
- Renforcement des services d'actions sociales ;
- Consolidation du cadre législatif et réglementaire ;
- Renforcement des régimes contributifs ;
- Extension de l'assurance sociale.

2.6 AXES STRATEGIQUES

Pour atteindre ces objectifs, dix axes stratégiques ont été identifiés

- Promotion des transferts sociaux directs ;
- Renforcement des mesures de gratuité et de subvention ;
- Renforcement du travail social en faveur des familles et individus à risque élevé ;
- Amélioration de la gestion des catastrophes en faveurs des groupes les plus vulnérables ;
- Renforcement du dispositif légal en matière de protection sociale ;
- Renforcement de l'application des textes législatifs et réglementaires ;
- Consolidation du Régime d'Assurance Maladies Universelles (RAMU) ;
- Extension de la sécurité sociale aux secteurs informel et agricole ;
- Amélioration de la gestion des régimes existants ;
- Renforcement de l'équilibre financier des régimes existants.

Tableau 10 : Synthèse des objectifs, orientations et axes stratégiques

Objectif général : Réduire la vulnérabilité des populations face aux risques économiques et sociaux		
Objectifs spécifiques	Orientations	Axes stratégiques
Intensifier les mesures en faveur des groupes les plus vulnérables	Promotion des transferts sociaux	Promotion des transferts sociaux directs
		Renforcement des mesures de gratuité et de subvention
	Renforcements des services d'actions sociales	Renforcement du travail social en faveur des familles et individus à risque élevé
		Amélioration de la gestion des catastrophes en faveurs des groupes les plus vulnérables
Renforcer le système d'assurance sociale.	Extension du système d'assurance sociale	Consolidation du régime d'assurance maladies universelles (RAMU)
		Extension de la sécurité sociale aux secteurs informel et agricole
	Renforcement des régimes contributifs existants (FNRB, CNSS, mutuelles,)	Renforcement de l'équilibre financier des régimes existants
		Amélioration de la gestion des régimes existants
Améliorer le cadre législatif et réglementaire	Consolidation du cadre législatif et réglementaire	Renforcement du dispositif légal en matière de protection sociale
		Renforcement de l'application des textes législatifs et réglementaires

OBJECTIF SPECIFIQUE 1 : INTENSIFIER LES MESURES EN FAVEUR DES GROUPES LES PLUS VULNERABLES

Les populations sont confrontées à une gamme de risques importants. L'importance de ces risques varie d'une couche à une autre, selon leurs capacités à y faire face. Les groupes vulnérables ont une faible capacité de gestion de ces risques. Le Gouvernement met en œuvre, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), plusieurs mesures en faveur de ces couches vulnérables. Ces mesures seront poursuivies et renforcées en vue d'une meilleure gestion des différents risques. Il s'agira principalement de promouvoir les transferts sociaux et de renforcer les services d'actions sociales.

Orientation stratégique 1.1 : Promotion des transferts sociaux

La persistance de la pauvreté souligne l'importance de la promotion des transferts sociaux qui constituent de puissants instruments de réduction de la vulnérabilité des individus et des ménages en situation précaire. Outre leurs effets positifs sur le niveau de consommation, notamment alimentaire (avec des impacts potentiellement larges sur la nutrition), les transferts sociaux permettent aux ménages les plus pauvres de renforcer leurs investissements productifs et en capital humain et favorise la rupture du cycle de pauvreté chronique.

Plusieurs mesures sont mises en œuvre dans ce cadre. Mais, il s'agit des actions souvent ponctuelles qui méritent d'être pérennisées par des programmes de transferts sociaux réguliers et prévisibles à travers la mise en œuvre des axes stratégiques ci-après :

- promotion des transferts sociaux directs ;
- renforcement des mesures de gratuités et de subvention.

Axe 1.1.1 : Promotion des transferts sociaux directs

Les transferts sociaux directs concernent les transferts en espèces, monétaires ou en nature aux ménages ou aux individus vulnérables. Cet axe permettra de mettre en place un programme de transferts en espèce réguliers en vue de renforcer la capacité des bénéficiaires face aux risques économiques notamment en période de soudure. Il s'agira aussi de renforcer les programmes de secours aux indigents, de développer des transferts sociaux alimentaires et nutritionnels en termes de distribution de rations alimentaires, de cantines scolaires, ainsi que la promotion de l'emploi par l'approche HIMO. A cet effet, il est important de :

- mettre en œuvre un programme de transferts sociaux monétaires ;
- renforcer le programme nutritionnel au profit des enfants de moins de cinq ans et des personnes malades du SIDA comme complément au traitement par les antirétroviraux ;
- renforcer les travaux d'intérêt public à Haute intensité de main d'œuvre ;
- poursuivre les programmes de cantines scolaires ;
- étendre la couverture des cantines scolaires aux zones déshéritées et à mauvais indicateurs de scolarisation et de pauvreté.

Axe 1.1.2 : Renforcement des mesures de gratuité et de subvention

Le Gouvernement a mis en place des mesures de gratuité dans les secteurs de l'éducation au profit des filles et garçons en âge de scolarisation et de la santé pour les enfants de 0 à 5 ans (paludisme et vaccination) et pour les femmes enceintes (paludisme, vaccination et césarienne) en vue de soulager ces différentes couches vulnérables dans l'accès aux services essentiels. Aussi des subventions à la consommation alimentaire, qui constituent des transferts indirects aux ménages, ont-elles été introduites sous forme d'allègement des droits de douane en vue de répondre à l'impact de la hausse mondiale des prix alimentaires sur le pouvoir d'achat des consommateurs.

Toutefois, les mécanismes de gestion et d'accompagnement de ces différentes mesures méritent d'être renforcés. A cet effet, il est nécessaire de :

- poursuivre la politique de la gratuité dans l'éducation et la santé ;
- améliorer le mécanisme de gestion de la gratuité de l'enseignement de base et surtout des écoles maternelles ;
- améliorer le mécanisme de gestion de la gratuité des services de santé maternelle et infantile ;
- poursuivre les subventions à la consommation des produits de première nécessité ;
- faire des exonérations des impôts et taxes au profit des structures agréées.

Orientation stratégique 1.2 : Renforcement des services d'actions sociales

Malgré les interventions des différents acteurs, les situations d'abus, de violence et d'exploitation vis-à-vis des groupes vulnérables persistent. Ces derniers sont constitués des enfants en situation difficile, des femmes victimes de violence, des personnes âgées et des personnes handicapées en situation d'exclusion sociale. Les services publics (Centres de Promotion Sociale) n'assurent pas la prestation des services sur une large échelle en raison de l'insuffisance des ressources humaines et financières. Par ailleurs, le Bénin s'est trouvé régulièrement confronté à une série de catastrophes majeures affectant la sécurité alimentaire des couches vulnérables.

Face à cette situation, il importe d'assurer des prestations de qualité à une grande échelle en faveur des groupes les plus vulnérables pour la satisfaction de leurs besoins. La réalisation de cette orientation passe par la mise en œuvre des axes stratégiques ci-après :

- le Renforcement du travail social en faveur des familles et individus à risque élevé ;
- l'Amélioration de la gestion des catastrophes en faveur des groupes les plus vulnérables.

Axe 1.2.1 : Renforcement du travail social en faveur des familles et individus à risque élevé

Les stratégies d'appui à ces catégories de la population vont au-delà de la protection, dans le sens passif du terme, pour inclure des actions de nature préventive et des actions visant l'autonomisation par le renforcement des capacités des plus vulnérables. Les appuis à l'autonomisation visent à permettre aux bénéficiaires de s'affranchir de leur situation de haute vulnérabilité. Dans ce cadre les interventions s'appuieront sur les actions suivantes :

- poursuivre les efforts de normalisation et de standardisation ;
- organiser des séances de sensibilisation et de conscientisation en vue de la bonne application des directives en ce qui concerne l'amélioration de la qualité des services ;
- renforcer la lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles, le mariage forcé et la traite des enfants ;
- faciliter l'accès des groupes vulnérables aux activités génératrices de revenus et à la formation ;
- adopter une approche intégrée et globalisante dans le cadre de la prise en charge des besoins des groupes vulnérables ;

- améliorer l'accessibilité des populations surtout vulnérables à des prestations de qualité ;
- renforcer le volume et la qualité des services sociaux d'appui aux couches les plus vulnérables de la population.

Axe 1.2.2 : Amélioration de la gestion des catastrophes en faveur des groupes les plus vulnérables

Les catastrophes qui surviennent font apparaître de nouveaux risques qui nécessitent la prise de mesures urgentes. La Solidarité Nationale doit donc répondre à des situations d'urgence ou de difficultés extrêmes vécues par des citoyens et qui font appel à des contributions directes de la communauté, vue dans un sens restreint (niveau communautaire) ou large (niveau national).

Pour ce faire, il importe de procéder à la réforme du système de secours aux vulnérables et de la gestion des urgences en écourtant les délais de réponse aux demandes de secours et en améliorant la couverture desdites demandes.

L'organisation des secours à la survenue des catastrophes appelle de la part des différents acteurs (structures étatiques, PTF et société civile) une mobilisation prompte de ressources et des actions pertinentes telles que :

- identifier et enregistrer les ayant-droits aux aides d'urgence ;
- distribuer de façon ciblée les secours ;
- assurer l'accompagnement psycho-social des victimes ;
- faire la communication pour le changement de comportement.

L'amélioration de la gestion des catastrophes en faveur des groupes les plus vulnérables passera également par la poursuite de l'appui que l'Agence Nationale de la Protection Civile apporte à l'élaboration des Plans de Contingence de catastrophe au niveau communal, afin de contribuer à la mise en place des dispositifs communaux de gestion de catastrophes pour mieux gérer les sinistres, pandémies et autres ou catastrophes à leur occurrence.

OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : RENFORCER LE SYSTEME D'ASURANCE SOCIALE

Le système actuel d'assurance est limité aux assurés sociaux du secteur formel public et privé et à une frange réduite de la population inscrite aux mutuelles. Pour lever cette contrainte, deux stratégies seront mises en œuvre en fonction des capacités contributives des populations, des capacités administratives et de gestion des structures responsables et des ressources publiques disponibles. A cet effet, deux orientations stratégiques seront mises en œuvre. Il s'agit de :

- Extension du système d'assurance sociale ;
- Renforcement des régimes contributifs existants (mutuelles, FNRB, CNSS).

Orientation stratégique 2.1 : Extension du système d'assurance sociale

Le diagnostic a mis en évidence les faiblesses de la couverture de la branche contributive de la protection sociale : une couverture limitée des risques, notamment par rapport au risque maladie et l'exclusion de la majorité de la population active qui exerce dans les secteurs informel, agricole et dans les professions libérales. Les différents mécanismes d'assurance maladie (FNRB, mutuelles et assurance privé) ne couvrent que 8,2% de cette population. Pour améliorer cette situation, il importe de mettre en place une couverture du risque maladie à large échelle et de permettre au plus grand nombre de personnes de bénéficier de l'assurance maladie à travers la consolidation du RAMU et l'extension de la sécurité sociale aux secteurs informel et agricole.

Axe 2.1.1 : Consolidation du régime d'assurance maladie universelle (RAMU)

Malgré les efforts consentis par les Gouvernements successifs ainsi que l'application des différentes mesures de réduction de la barrière financière à l'accès aux soins de santé pour certaines catégories sociales, la fréquentation des formations sanitaires est toujours restée faible (45,4% en 2010).

La raison fondamentale en est que la plupart des services sont payants et qu'une infime partie de la population béninoise (environ 9%) a une couverture en assurance maladie. Fort de cette situation, il s'avère nécessaire de consolider le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) à travers la mise en œuvre des actions ci-après :

- élargir les canaux institutionnels d'affiliation : la Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat (MSAE) en remplacement du Régime des 4/5ème géré par le Fonds National de Retraites du Bénin (FNRB), la Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin (MSSB) pour les actifs du secteur informel en milieu urbain, les mutuelles communautaires pour le secteur informel en milieu rural et le monde paysan, y compris pour les indigents ;
- renforcer le cadre institutionnel du RAMU à travers la prise des textes législatifs et réglementaires, la création et l'équipement des agences départementales de l'assurance maladie (ADAM) ; le recrutement et la formation du personnel ;
- relever le niveau du plateau technique des formations sanitaires pour une offre de qualité des soins de santé ;
- renforcer le personnel soignant en nombre suffisant et en qualité ;
- rendre les médicaments disponibles en qualité et en adéquation avec les soins.
- réaliser les études nécessaires afin d'affiner les principaux paramètres notamment les niveaux de cotisations à mettre en application et le niveau de subventionnement public requis pour rendre l'adhésion au RAMU accessible pour les ménages les plus vulnérables et de l'économie informelle.

Axe 2.1.2 : Extension de la sécurité sociale aux secteurs informel et agricole

L'économie informelle fournit plus de 90% des emplois non agricoles et reste en dehors des mécanismes d'assurance de la CNSS. Ce qui met en relief l'énormité du défi de l'extension de la protection sociale à la population urbaine non salariée. Les défis sont encore plus grands en milieu

rural, compte tenu de la faible capacité contributive de la plupart des ménages ruraux et de l'impact des pesanteurs culturelles. Au regard de ces contraintes, ***le gouvernement poursuivra ses efforts pour promouvoir l'extension de la couverture de la sécurité sociale au secteur informel par la mise en œuvre d'une*** réforme de la Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin (MSSB) et d'un appui au développement des mutuelles de santé. Il s'agit de :

- ***doter la MSSB d'un statut juridique adéquat*** pour assurer son développement institutionnel comme entité distincte des structures du Ministère du Travail et de la Fonction Publique, sous forme d'institution de prévoyance sociale ou d'unité d'exploitation à caractère social ;
- ***transformer le mode de subventionnement de la MSSB en transferts de préfinancement*** afin d'éviter les retards de remboursement des prestataires de soins ;
- ***renforcer la viabilité financière de la MSSB*** par la diversification de ses prestations et une meilleure relation entre les primes de cotisation et les coûts réels des prestations, ainsi que par l'atteinte d'économies d'échelle, afin de réduire la dépendance financière sur les subventions de l'Etat et assurer la pérennité ;
- ***restructurer la branche vieillesse***, sur la base d'une étude actuarielle qui présentera les conditions de sa viabilité ;
- ***renforcer la communication*** auprès des populations et des organisations proches des populations (collectivités locales, centres de santé et hôpitaux de zones, institutions de micro-finance, etc.) pour promouvoir l'adhésion à large échelle ;
- ***améliorer la gestion du fonctionnement de la MSSB ;***
- ***promouvoir les mutuelles sociales communautaires.***

Orientation stratégique 2.2 : Renforcement des régimes contributifs existants (mutuelles, FNRB, CNSS)

L'analyse situationnelle des régimes contributifs a permis de déceler les difficultés au nombre desquelles on peut citer i) le faible niveau de couverture de la population, ii) le taux élevé d'arriérés de paiements de cotisations, iii) la faible capacité de gestion, iv) la dépendance de l'appui financier des PTF, v) la défaillance au niveau de l'offre et de la qualité des services sanitaires, vi) la défaillance du système d'information. Pour lever ces contraintes, des réformes nécessaires seront entreprises pour restaurer la solvabilité financière du FNRB et assurer la pérennité du Fonds comme institution de protection sociale des agents de l'Etat. Ces réformes permettront d'éliminer progressivement les besoins de subvention du FNRB et de dégager une partie des fonds nécessaires au financement du socle de protection sociale. En outre, il s'agira de régler les questions de modernisation des deux caisses de sécurité sociale par la dotation du FNRB, d'un statut d'autonomie institutionnelle et par la

simplification et l'informatisation des procédures de la CNSS. Ces mesures passent par le renforcement de l'équilibre financier et l'amélioration de la gestion des régimes existants.

Axe 2.2.1 : Renforcement de l'équilibre financier des régimes existants

Les simulations montrent que le FNRB évolue à long terme vers une véritable explosion de son déficit. Cette situation génère un régime de retraite structurellement mal paramétré, entraînant un déséquilibre financier en croissance permanente. Il est urgent de procéder à une réforme paramétrique pour restaurer sa solvabilité financière. Il s'agit de :

- relever le taux de cotisation de 10% à 35% (partagé entre l'Agent et l'Etat) ;
- relever l'âge de retraite (de 60 ans à 62 ans dans le cas des Agents de la catégorie A) ;
- élargir la base salariale de calcul de la pension (aux 5 dernières années d'emploi au lieu du dernier salaire) ;
- indexer les pensions à 80% de l'évolution des salaires nets (au lieu de 100%) ;
- reverser les agents contractuels au FNRB ;
- supprimer la prise en charge des enfants nés après la retraite ;
- supprimer l'actuel « régime des 4/5^{ème} » dès l'extension du RAMU aux agents publics ;
- ***doter le FNRB, actuellement partie intégrante du Ministère de l'Economie et des Finances, d'une personnalité juridique distincte de l'Etat ;***
- promotion de nouvelles mesures de diversification des sources de financement

Axe 2.2.2 : Amélioration de la gestion des régimes existants

Dans le souci d'assurer une efficiente utilisation des ressources de la CNSS actuellement excédentaire, il est nécessaire de mettre en place une nouvelle méthodologie de gestion budgétaire du type « budget programme » et d'engager les actions ci-après :

- ***améliorer la qualité des prestations*** (meilleur accueil des assurés, réduction sensible des délais de traitement des dossiers des assurés et la décentralisation des services) ;
- ***développer une branche assurance maladie liée au RAMU***, compte tenu de l'absence actuelle d'une couverture médicale des travailleurs affiliés à la CNSS ;
- ***améliorer la gestion administrative et financière de la CNSS par le renforcement du système informatique*** ;
- ***améliorer le ciblage des bénéficiaires*** des mesures de subventions.

OBJECTIF SPECIFIQUE 3 : AMELIORER LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

Malgré les efforts déployés des dispositions législatives et réglementaires manquent pour accompagner ou soutenir l'arsenal juridique existant et qui est renforcé par les institutions régionales et sous régionales. La nouvelle approche décrite dans la politique nationale de protection sociale qui veut concrétiser les effets des politiques et stratégies en matière de protection sociale soutient la mise en place d'un nouveau cadre légal, réglementaire adéquat.

Orientation stratégique 3.1 : consolidation du cadre législatif et réglementaire

Au rang des contraintes pour la dynamisation de la protection sociale au Bénin, figure l'insuffisance des textes législatifs et réglementaires. Ceci limite le champ d'application des mesures en faveur surtout des couches les plus vulnérables.

La promotion de l'accès de tous aux services sociaux ainsi que l'amélioration de la qualité de vie des populations à travers la protection sociale exigent, entre autres, des réformes structurelles et organisationnelles du dispositif en place et l'extension des textes juridiques à certains domaines non couverts par la protection sociale et du renforcement de l'application des textes existants. Il s'agit notamment des droits à la santé, à la protection, à l'éducation et à un environnement sain qui méritent d'être renforcés tout en veillant à une meilleure harmonisation de l'application des textes.

Afin de disposer d'un meilleur dispositif de promotion de la protection sociale deux principaux axes seront mis en œuvre. Il s'agit du :

- renforcement du dispositif légal en matière de protection sociale ;
- renforcement de l'application des textes législatifs et réglementaires.

AXE 3.1.1 : Renforcement du système légal en matière de protection sociale

Pour protéger les personnes contre les risques économiques et sociaux, il est important de redresser les cas d'injustice sociale. L'Etat procédera à la restructuration et à la relecture/actualisation des textes pour les mettre en adéquation avec les mesures de protection sociale. Ces mesures seront souvent accompagnées des actions d'information, et de sensibilisation pour changer les attitudes et les comportements discriminatoires. Il sera procédé également à l'élaboration de textes plus structurants érigés sous forme de loi portant sur la protection sociale surtout dans les domaines non encore couverts.

Cet axe stratégique sera opérationnalisé essentiellement à travers les actions suivantes :

- répertorier sous forme de recueil tous les textes législatifs et réglementaires relatifs à la protection sociale ;
- évaluer la mise en application des textes législatifs et réglementaires existants en matière de protection sociale au Bénin ;

- renforcer le cadre législatif et réglementaire relatif aux droits à la protection sociale tout en veillant à une meilleure harmonisation et application de textes ; et
- capitaliser et valoriser les mesures et réformes budgétaires et fiscales ayant un impact positif sur les populations les plus vulnérables.

AXE 3.1.2 : Renforcement de l'application des textes législatifs et réglementaires

L'harmonisation dans l'application des textes législatifs et réglementaires est un facteur favorisant la protection des personnes vulnérables. Dans ce cadre les interventions s'appuieront sur les actions suivantes :

- vulgariser les textes législatifs et réglementaires en matière de protection sociale en mettant un accent particulier sur les sanctions prévues ;
- prendre des décrets d'application des lois existantes et initiées dans le cadre de la protection sociale au Bénin ;
- renforcer la mise en place des Chambres spécialisées pour les groupes les plus vulnérables au sein des juridictions ;
- sensibiliser les populations notamment les plus vulnérables sur leurs droits et devoirs en matière de protection sociale.

III.SOCLE DE PROTECTION SOCIALE

Le concept du socle national de protection sociale a été promu au niveau international par les Nations Unies depuis la crise économique mondiale de 2008/09. Selon les recommandations approuvées par la 101^{ème} session de la Conférence Internationale du Travail, en 2012, les socles nationaux de protection sociale sont « des ensembles de garanties élémentaires de sécurité sociale définis à l'échelle nationale qui assurent une protection visant à prévenir ou à réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale ». ***Il s'agit d'un paquet minimal de dispositifs pour assurer la protection et la promotion des ménages et des personnes qui sont les plus vulnérables*** afin de répondre aux besoins prioritaires identifiés dans le profil des risques et de la vulnérabilité.

Le socle de protection sociale repose sur les quatre garanties essentielles ci-après :

- tous les résidents ont accès à un ensemble explicite de services de soins de santé essentiels ;
- tous les enfants bénéficient d'une sécurité de revenus, au moins au niveau du seuil national de pauvreté, par l'intermédiaire de prestations familiales visant à faciliter l'accès à la nutrition, à l'éducation et aux soins de santé ;
- tous les travailleurs qui ne peuvent s'assurer un revenu suffisant sur le marché du travail doivent bénéficier de la sécurité d'un revenu minimum ;

- tous les résidents de troisième âge⁹ et handicapés doivent bénéficier d'une sécurité de revenus, au moins au niveau du seuil national de pauvreté, par l'intermédiaire de pensions minimum de vieillesse et d'invalidité.

Au Bénin, compte tenu de sa spécificité, le socle de Protection Sociale repose sur les mesures essentielles visant à :

- assurer l'accès universel aux soins de santé ;
- faciliter l'accès à la nutrition, à l'éducation, à la protection et aux soins de santé à tous les enfants ;
- améliorer la consommation des ménages les plus pauvres et les plus vulnérables ; et
- assurer la prise en charge et la promotion des groupes spécifiques en situation de vulnérabilité extrême.

Ces actions proviennent de quatre axes prioritaires de la Politique Holistique de la Protection Sociale au Bénin, notamment, la promotion des transferts sociaux directs, le renforcement des mesures de gratuité, le renforcement du travail social en faveur des familles et individus à risque élevé et la consolidation du Régime d'Assurance Maladies Universelles (RAMU).

3.1 L'accès universel aux soins de santé

La maladie est le choc le plus fréquent subi par toutes les couches. Etant donné que l'un des principes directeurs de la présente politique est de donner ***priorité aux risques les plus significatifs et les plus fréquents, la première composante de base du socle est l'accès universel aux soins de santé.*** Le Gouvernement met en œuvre plusieurs programmes de gratuité de soins portant sur les services préventifs (les vaccinations du PEV, IEC/CCC...), sur le traitement du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, sur le traitement du SIDA et de quelques autres maladies chroniques, et sur la césarienne. Par ailleurs, pour la prise en charge des plus pauvres, le Gouvernement a mis en place le Fonds Sanitaire des Indigents.

Ces mesures seront renforcées. Dans ce cadre, le Gouvernement étudiera la faisabilité de l'extension de la gratuité à l'ensemble des services de santé maternelle et infantile (au-delà du traitement du paludisme et de la césarienne) pour renforcer la première composante de base du socle national de protection sociale. L'élargissement de la gratuité des soins de santé aux personnes âgées sera aussi à l'étude, étant donné la vulnérabilité de cette partie de la population et ses besoins de soins plus élevés.

A terme, toutes les mesures de gratuité dans le secteur de la santé seront absorbées dans le cadre du RAMU sous forme d'exemptions de paiements de primes pour les catégories prioritaires de la population (en termes de vulnérabilité aux risques de mortalité et/ou de capacité de paiement), à savoir les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes, les personnes âgées et les indigents. Pendant une période transitoire, jusqu'au fonctionnement du RAMU à pleine échelle, les mesures de gratuité seront mises en application directement par les structures du Ministère de la Santé.

L'intégration de ces mesures de gratuité, sous forme d'exemptions catégorielles dans le cadre du RAMU, nécessitera des subventions de l'Etat, financées soit par des recettes générales de l'Etat soit

⁹ La cible sera bien déterminée à la mise en œuvre du plan d'action.

par la mise en place d'une taxe spéciale, comme au Ghana¹⁰. Des exemptions catégorielles sont particulièrement importantes pour assurer l'accès universel aux services essentiels pour la survie et la santé des enfants et femmes, compte tenu des capacités contributives réduites d'une large proportion des ménages et les difficultés administratives de recouvrement des cotisations des ménages du secteur informel, où le prélèvement à la source est impossible.

En ce qui concerne particulièrement la prise en charge gratuite des indigents par le FSI, dans le cadre du RAMU, il est envisagé d'utiliser des méthodes participatives d'identification communautaire des indigents, de leur livrer des cartes d'indigents et, dans le cadre des contrats de l'ANAM avec les mutuelles, de verser aux mutuelles des fonds pour le financement des exemptions de cotisation afin de leur permettre de rembourser les soins des indigents. Le RAMU partira des expériences en cours de quelques mutuelles en matière d'identification, de prise en charge et de remboursement des soins des indigents, ainsi que de l'expérimentation d'une articulation entre le RAMU et le FSI.

Pour améliorer l'efficacité du processus de sélection des bénéficiaires, il sera mis en place un mécanisme commun de ciblage, qui s'appliquerait non seulement à la sélection des bénéficiaires indigents des exemptions de frais de soins ou de cotisations d'assurance maladie mais aussi à la sélection des bénéficiaires des transferts sociaux, au lieu d'ériger des mécanismes parallèles).

Toute mesure de gratuité doit être accompagnée par des mesures complémentaires de renforcement de l'offre afin d'assurer que les services ne soient pas submergés par l'accroissement de la demande, mettant en danger la qualité des services, qui est déjà faible. Il s'agira notamment du renforcement du plateau technique, et la disponibilité des médicaments.

3.2 La prise en charge des enfants

La population infantile est la couche la plus vulnérable à tous les risques. C'est pourquoi, la priorité est accordée aux enfants conformément au principe de priorisation des populations les plus vulnérables qui oriente les choix de la présente politique de protection sociale.

Outre la gratuité des soins de santé, les mesures visant à faciliter l'accès à la nutrition, à l'éducation et à la protection des enfants seront renforcées.

Concernant la nutrition, la stratégie se focalise sur le dépistage et la prise en charge de la malnutrition aiguë, sévère et modérée, selon les approches et méthodes prévues dans le cadre du Programme National d'Alimentation et de Nutrition Axé sur les Résultats.

S'agissant de l'éducation, l'accès financier à l'école sera amélioré par la consolidation de la gratuité de la scolarisation et le renforcement des cantines scolaires. Le gouvernement renforcera ces efforts pour promouvoir la scolarisation primaire universelle et éliminer l'inégalité entre les sexes à tous les niveaux de l'éducation et d'accroître ainsi les chances d'atteindre les OMD 3 et 4 à l'horizon 2015. La gratuité des frais de scolarité sera étendue à tout le premier cycle du secondaire pour les filles (jusqu'à la classe du 3ème). L'accès aux examens sera facilité par la gratuité des actes de naissance et la suppression des frais d'examens. La distribution gratuite de kits de fournitures scolaires et d'uniformes kaki sera généralisée aux élèves les plus démunis dans les zones de scolarisation les plus faibles.

¹⁰ Au Ghana, la taxe nationale d'assurance maladie, ajoutée à la TVA au niveau de 2,5% de la valeur des biens et services, fournit environ 65% des recettes du système national d'assurance maladie, rendant possible des exemptions à grande échelle (pour les enfants de moins de 18 ans, les femmes enceintes, les personnes âgées et les indigents).

La couverture des cantines scolaires sera élargie à toutes les écoles dans les zones ayant les pires indicateurs scolaires, et l'approche des "cantines communautaires" sera généralisée au lieu de l'approvisionnement/distribution centralisé des produits alimentaires au niveau national.

Pour des actions plus intégrées, il sera étudié la faisabilité d'un programme de « bourse famille » visant à améliorer la scolarisation et la santé des enfants et qui prendra en compte les mesures de gratuité et les cantines scolaires.

3.3 Amélioration de la consommation des ménages les plus pauvres et les plus vulnérables

Pour assurer une sécurité de revenu aux ménages les plus pauvres, le Gouvernement mettra en œuvre des transferts en espèces afin de leur faciliter l'accès à un niveau minimum de biens et de services et d'améliorer leur capacité à faire face aux différents chocs.

A cet effet, ***un projet pilote de transferts sociaux monétaires sera mis en œuvre*** dans le cadre du Projet de Services Décentralisés Conduits par les Communautés (PSDCC), financé par la Banque Mondiale et placé sous la tutelle du Ministère en charge de la Décentralisation. Le projet sera mis en œuvre en étroite collaboration avec le Ministère en charge de la Famille et notamment les CPS dans les zones pilotes.

Sur la base de cette expérience, le Gouvernement restructurera le Programme Secours aux Indigents, du Ministère en charge de la Famille, en vue de sa transformation en programme de transferts sociaux réguliers et prévisibles, ciblés aux ménages les plus pauvres, et son expansion progressive au niveau national.

Par ailleurs, le Bénin étant une économie agricole confrontée à des chocs climatiques récurrents et à des variations saisonnières en termes de bien-être et de demande d'emploi, il sera mis en œuvre les Travaux Public à Haute Intensité de Main d'Œuvre (HIMO) à travers le projet pilote, afin ***de fournir une source de revenus aux plus pauvres par le biais d'emplois temporaires et répétés sur des travaux d'utilité publique pendant les périodes de soudure.*** Ces emplois ***contribueront non seulement à l'amélioration des revenus des plus pauvres, mais aussi et surtout permettront de*** construire des infrastructures rurales (pistes de désenclavement rural, systèmes d'irrigation, écoles, centres de santé, etc.) et la protection de l'environnement (reboisement, protection des sols, assainissement). Le programme pilote permettra d'expérimenter ce type d'intervention.

3.4 Prise en charge et promotion des groupes spécifiques en situation de vulnérabilité extrême

Le premier objectif de la politique holistique de protection sociale (est d'intensifier les mesures en faveur des groupes vulnérables. Cet objectif ne sera pas atteint si les risques socioculturels auxquels sont confrontés les groupes spécifiques ne sont pas couverts. C'est pourquoi, ***le Gouvernement renforcera les mesures préventives, de prise en charge et de promotion de groupes sociaux en situation de vulnérabilité élevée à des risques d'abus, de violences, d'exploitation, de discrimination ou d'exclusion.*** Ces groupes incluent :

- les enfants vivant hors d'un cadre familial (enfants de la rue, enfants abandonnés ou livrés aux orphelinats, enfants en détention), les enfants victimes de la traite, les enfants impliqués

dans les pires formes de travail des enfants et les enfants victimes de violences et d'abus, parmi d'autres catégories d'enfants à haut risque ;

- les femmes victimes de violences ou abandonnées sans appuis par leurs conjoints, et les filles victimes de pratiques néfastes comme l'excision et le mariage précoce ;
- les personnes âgées abandonnées, vivant en isolement, victimes de maltraitance ou déshéritées ;
- les personnes handicapées vivant en situation d'exclusion sociale (notamment de l'école et des emplois), stigmatisées, et sans les appuis en médicaments, appareillage, réadaptation et réinsertion dont elles ont besoin.

Pour ce faire, il sera mis en œuvre, les actions visant le changement de comportements des populations, la promotion et la protection des groupes vulnérables concernés qui sont inscrites dans le Plan Stratégique du Ministère en charge de la Famille.

Le contenu du socle sera plus explicité après l'évaluation des coûts des actions à mener.

IV. Mise en œuvre de la politique

4.1 Orientations générales de la mise en œuvre

La mise en œuvre de la politique sera guidée par les orientations suivantes, qui prennent en compte les meilleures pratiques en matière de gestion du développement et notamment par rapport à la programmation et la mise en œuvre des programmes de protection sociale :

- ***Gestion axée sur les résultats.*** Les actions programmées pour la mise en œuvre de la politique (dans le cadre de plans d'actions pluriannuels) seront basées sur une chaîne de résultats définissant clairement les relations entre ressources, activités, produits et résultats, afin d'assurer que les ressources soient gérées de manière à obtenir le meilleur coût-efficacité possible. Ceci signifie qu'il sera accordé priorité aux actions qui sont les plus efficaces en termes de réalisation des objectifs de la politique et les plus efficaces dans l'utilisation des ressources publiques. Les résultats seront périodiquement évalués, en plus du suivi routinier de la mise en œuvre des programmes.
- ***Approche de partenariat intersectoriel/inter-acteurs et de promotion de la complémentarité des programmes.*** Les retombées diverses de la vulnérabilité, dans plusieurs dimensions de risque et de privations, qui souvent se renforcent mutuellement, requièrent des réponses complémentaires dans des secteurs différents et impliquant de multiples acteurs, publiques et/ou privées, exigeant ainsi un niveau élevé de coordination à tous les niveaux.
- ***Renforcement des capacités et ressources.*** La mise en œuvre effective de la politique nécessitera des mesures de renforcement des capacités et une augmentation progressive des ressources financières allouées à la protection sociale.
- ***Subsidiarité dans la gestion et la prestation des services.*** Le rapprochement des services aux populations, la souplesse dans l'octroi des aides et l'efficacité dans la gestion des services

exigent que la gestion des ressources et les pouvoirs de prise de décision soient assurés au niveau le plus proche des populations.

- **Neutralité politique vis-à-vis des cibles et des bénéficiaires.** Les actions menées en faveur des couches vulnérables dans le cadre de cette politique ne devront faire l'objet d'aucune récupération politique et les bénéficiaires devront être identifiés sans une discrimination d'appartenance politique ou religieuse.

4.2 Cadre institutionnel de mise en œuvre

La nature transversale de la protection sociale, reflétée par la diversité des secteurs et acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la politique, exige une forte coordination intersectorielle.

A cette fin, le gouvernement mettra en place un cadre institutionnel qui se présente comme suit :

Le **Conseil National de la Protection Sociale (CNPS)** comme organe d'orientation générale de la mise en œuvre de la politique, sous la présidence du Chef de l'Etat.

Le **Comité technique**, ou Comité « socle de protection sociale », créé en décembre 2010, agira comme organe de coordination technique de mise en œuvre de la politique, sur la base des orientations données par le CNPS. Il sera présidé par le Ministre en charge du Développement.

Un **Secrétariat permanent** sera assuré par la Direction Générale des Politiques de Développement, du Ministère en charge du Développement, comme organe exécutif chargé de la coordination technique de la mise en œuvre de la politique sur la base des orientations données par le CNPS et en liaison avec les ministères sectoriels.

Le cadre institutionnel est présenté de manière plus détaillée dans le Tableau 11 et le Graphique 3.

Tableau 11 : Cadre institutionnel de mise en œuvre de la politique

Organes	Rôle/missions	Composition/ancrage
Conseil National de Protection sociale (CNPS)	Organe national d'orientation : • Se réunit une fois par an en session ordinaire	Président : Chef de l'Etat 1 ^{er} Vice-président : Ministre en charge du Développement 2 ^{ème} Vice président : Ministre en charge de la Famille 3 ^{ème} Vice président : Ministre en charge du Travail 1 ^{er} Rapporteur : Secrétaire permanent du Comité Technique 2 ^{ème} Rapporteur : Ministre en charge de la santé ou son représentant 3 ^{ème} Rapporteur : Ministre en charge des finances

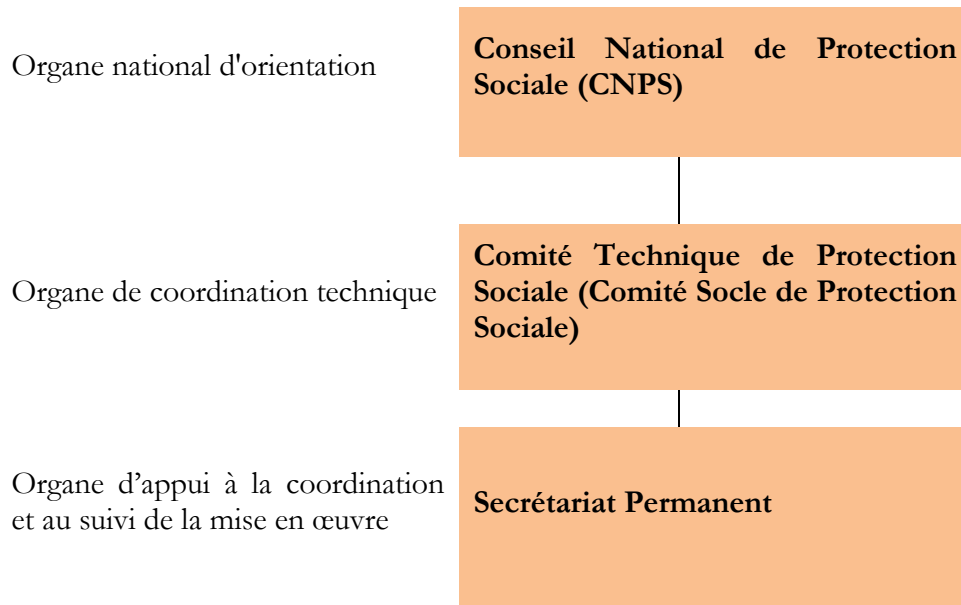
ou son représentant

Membres : Tous les ministres et PTF impliqués dans la protection sociale, les Présidents des Institutions de la République, représentants de la société civile

Comité technique (Comité Socle de Protection Sociale)	Organe de coordination technique de la mise en œuvre de la politique sur la base des orientations données par le CNPS : Se réunit tous les trois mois en session ordinaire	Président : Ministre en charge du Développement 1 ^{er} Vice-président : Ministre en charge de la Famille 2 ^{ème} Vice président : Ministre en charge du travail 1 ^{er} Rapporteur : Secrétaire permanent du Comité Technique (DPPD/DGPD) 2 ^{ème} Rapporteur : Ministre en charge de la santé ou son représentant Membres : Ministres en charge, des finances, de la décentralisation, de la justice et de la législation, de l'enseignement maternelle et primaire, de la sécurité publique, de la jeunesse, de l'Emploi des jeunes et des femmes, de l'enseignement secondaire et de l'enseignement supérieur.
Secrétariat permanent	Organe d'appui du CNPS et du Comité technique : • Exécution des tâches courantes de la coordination • Suivi de la mise en œuvre de la politique • Constitution et gestion de la base de données sur la protection sociale en liaison avec les ministères sectoriels	Direction Générale des Politiques du Développement (DPPD/DGPD), Ministère en charge du Développement

NB : Un décret en Conseil des Ministres précisera davantage les rôles et missions des organes.

Graphique 3 : Schéma du cadre Institutionnel de mise en œuvre de la politique



4.3 Planification de la mise en œuvre

La Politique Holistique de Protection Sociale sera mise en œuvre à travers des plans d'action pluriannuels. Ces plans seront conçus pour faciliter une gestion axée sur les résultats, liant les actions aux produits et les activités aux intrants requis pour leur réalisation. Les plans d'action seront budgétisés.

4.4 Suivi et évaluation

La gestion axée sur les résultats requiert un fort système de suivi et évaluation. Ce système est censé répondre aux besoins suivants :

- permettre l'apprentissage, c'est-à-dire tirer leçons des expériences obtenues ;
- faciliter la gestion quotidienne ;
- justifier, par des évidences, la prise de décision sur l'évolution future des programmes ;
- assurer la transparence dans l'utilisation des ressources publiques.

Le ***suivi*** est un mécanisme de contrôle interne qui facilite la gestion et permet d'ajuster au bon moment la mise en œuvre des programmes. Chaque ministère sera responsable du suivi des dépenses, des activités et des produits dans son propre domaine de compétence, et enverra des rapports trimestriels, annuels et pluriannuels à la DGPD du Ministère en charge du Développement, en tant que Secrétariat permanent de la coordination et du suivi de la politique. La DGPD sera responsable, devant la CNPS et le Comité technique, du suivi global de la mise en œuvre de la politique et des plans d'actions, en liaison avec les ministères sectoriels, et produira des rapports semestriels et annuels comme documents de base pour le suivi global de la Politique et des plans d'actions par le Comité Technique et la CNPS.

L'**évaluation** se situe non seulement au niveau du processus de « production » (ressources-intrants-activités-produits) mais aussi au niveau des résultats et impacts. Les évaluations cherchent à découvrir dans quelle mesure les changements (au niveau des résultats/impacts d'un programme) sont *attribuables* au programme (par rapport à d'autres facteurs exogènes) et à expliquer la performance du programme par des analyses institutionnelles ou techniques, en vue de proposer l'expansion d'un programme ou y introduire des modifications susceptibles d'améliorer sa performance. Des évaluations de ce type seront particulièrement importantes pour l'analyse de la performance des initiatives majeures de protection sociale prises dans le cadre du RAMU, des transferts sociaux et les TIP-HIMO et l'extension des mutuelles de santé aux acteurs informel, agricole et indépendants. L'évaluation de la mise en œuvre de la politique se fera par le Comité Technique qui pourra faire appel aux prestations externes. Chaque plan d'action doit être évalué avant l'élaboration d'un autre. Une actualisation/révision de la politique se fera après une évaluation décennale de sa mise en œuvre.

Un cadre de suivi et évaluation, définissant des indicateurs clefs et des moyens de vérification, sera défini dans les plans d'action de la mise en œuvre.

4.5 Conditions de succès de la mise en œuvre de la politique

Le succès de la politique requiert surtout que l'engagement du gouvernement en faveur du renforcement de la protection sociale, exprimé par l'adoption de la politique en Conseil des Ministres, se traduise par le fonctionnement correct des structures de coordination, le développement des capacités administratives nécessaires pour la mise en œuvre effective et la mobilisation de ressources financières adéquates.

De forts investissements dans le renforcement des capacités des institutions responsables des différents volets de la politique seront primordiaux, compte tenu des faiblesses actuelles mises en évidence dans le diagnostic de la protection sociale.

En ce qui concerne le financement, il est question de hausser le degré de priorité accordée à la protection sociale, et surtout celle donnée aux mesures de base (le socle), afin d'atteindre un niveau de financement qui est plus proche de la moyenne des pays en voie de développement.

4.5.1 Mesures d'accompagnement

La mise en œuvre de la politique nécessitera des actions importantes pour renforcer les capacités administratives et, dans quelques cas, de construire les dispositifs institutionnels requis. Il s'agira aussi de doter les programmes des outils nécessaires pour une mise en œuvre efficiente, notamment en ce qui concerne l'amélioration des mécanismes de ciblage, et de rendre effectif le principe de la subsidiarité par l'adaptation du cadre institutionnel aux besoins de la déconcentration et de la décentralisation.

Plusieurs institutions sont à créer. C'est le cas notamment de la Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat (MSAE) et du Fonds National de Garantie des Mutuelles de Santé. Dans d'autres cas, comme celui du RAMU, les structures sont formellement établies (l'ANAM et ses antennes départementales, les ADAM) mais se trouvent tout au début de leur processus de construction. D'autres institutions se lancent dans des processus de réforme profonde, comme dans le cas du FNRB, qui évoluera vers un statut d'autonomie institutionnelle, ou celui de la MSSB. Il y a, en plus, quelques initiatives qui requièrent la création de nouvelles structures au sein d'institutions existantes, notamment pour la

gestion de la branche assurance maladie de la CNSS, ou qui doivent définir clairement le cadre institutionnel qui permettra d'assurer la pérennité des interventions, notamment dans les cas des transferts sociaux monétaires et des TIP-HIMO. Autrement dit, un vaste chantier de développement institutionnel devra accompagner la mise en œuvre de la politique.

L'articulation des programmes et mécanismes de protection sociale avec le processus de décentralisation constitue une autre dimension cruciale de restructuration institutionnelle. Il sera important d'étudier, par exemple, les modalités de mise en œuvre des dispositions relatives aux « compétences partagées » attribuées conjointement aux communes et au gouvernement central en matière d'action sociale dans la loi n° 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes. Il est aussi question de clarifier le rôle des collectivités locales dans la mise en œuvre du RAMU, qui est également prévu mais n'est pas encore défini.

Il s'agit aussi de renforcer en quantité et en qualité les ressources humaines, qui restent largement déficitaires dans quelques structures d'importance clef pour la mise en œuvre de la politique, tels que le Ministère en charge de la Famille et ses structures de proximité, les CPS.

Les faiblesses de gestion des programmes exigent des investissements dans plusieurs domaines : amélioration des méthodes de ciblage, informatisation des procédures et établissement de réseaux liant les structures centrales et les structures de proximité, amélioration de la gestion des données sur les bénéficiaires de programmes, une meilleure répartition des ressources entre les structures au niveau central et local, etc.

Dans le souci d'assurer la meilleure efficacité possible, il sera établi des mécanismes conjoints de ciblage, d'enregistrement et de gestion des données pour les programmes qui ciblent les plus pauvres, à savoir les transferts sociaux monétaires, les TIP-HIMO, la gratuité des soins pour les indigents et la distribution gratuite de fournitures scolaires et tenues kaki. Ayant essentiellement les mêmes groupes cibles (les pauvres extrêmes), ces programmes seront encouragés de mettre en place des procédures conjointes, avec des critères en commun, pour éviter des chevauchements coûteux de processus multiples, et de créer un fichier commun des bénéficiaires pour faciliter la gestion et le référencement de bénéficiaires à des programmes complémentaires.

Il faudra également renforcer d'autres services publics (hors de la protection sociale) qui sont cruciaux pour la réussite de certains programmes de protection sociale. C'est notamment le cas des établissements de santé, qui doivent être en mesure de fournir des services en volume et qualité suffisants pour faire face à la croissance de la demande d'utilisation de services qui résulte de mesures de facilitation de l'accès, telles les mesures de gratuité et la couverture du risque maladie par le RAMU. La division de rôles entre prestataire et assureur dans le cadre du RAMU pourrait inciter les prestataires à améliorer l'offre, la qualité et l'efficacité des services. Le gouvernement étudiera, comme mécanisme complémentaire d'incitation, l'introduction de la méthodologie de financement basé sur la performance, incluant l'institution d'une prime à la performance, au niveau des prestataires de soins, en s'inspirant des expériences positives dans d'autres pays en voie de développement, notamment au Rwanda.

Les améliorations au niveau de l'offre et de la qualité sont également cruciales pour tirer plein profit des mesures de protection sociale dans le secteur de l'éducation, surtout en ce qui concerne l'impact des cantines sur l'amélioration de la performance scolaire des enfants.

Finalement, il est nécessaire de renforcer le système d'enregistrement à l'état civil (actes de naissance etc.) et d'émission de cartes d'identité, et d'en réduire les coûts, compte tenu de la faible couverture de la population en documents qui donnent preuve d'identité et de l'âge, sans lesquels il sera difficile de mettre en œuvre certains programmes à large échelle, comme les transferts en espèces. En fait, le problème de manque de documents de preuve d'identité, qui est le plus grave dans les ménages les plus pauvres, est en soi-même un facteur aggravant de la vulnérabilité, créant des obstacles additionnels à la pleine jouissance des droits.

4.5.2 Financement de la politique

L'expansion de la couverture de programmes de protection sociale et notamment du socle de mesures de base requiert des sources fiables et durables de financement.

La politique nationale de protection sociale sera financée principalement par l'Etat. L'aide internationale, qui est de nature temporaire et imprévisible, peut être considérée comme source supplémentaire de financement, notamment pour l'appui technique à la conceptualisation, à la mise sur pied et au démarrage de programmes, mais pas comme source principale de financement de l'expansion de la couverture des programmes de protection sociale à long terme. Dans le cas du RAMU et d'autres mécanismes d'assurance sociale, les ménages sont aussi une source de financement, mais l'expérience internationale (par exemple de l'assurance maladie nationale au Ghana) montre clairement que le subventionnement public est important pour rendre les primes accessibles aux pauvres et atteindre une couverture large de la population.

Au regard du niveau actuel très faible des dépenses de protection sociale (environ 0,5% du PIB hors financement du déficit du FNRB), ***la faisabilité budgétaire de la politique et la mise en œuvre effective de ces différentes composantes exige une politique budgétaire affirmée d'allocation de ressources additionnelles à la protection sociale.***

Le défi principal à court et moyen terme est de porter les dépenses de protection sociale non-contributive, c'est à dire des composantes du socle national de protection sociale, dans une fourchette de 1 à 2% du PIB, niveau moyen dans les pays en voie de développement. En outre, le gouvernement doit faire face au défi du subventionnement du RAMU afin de rendre l'assurance maladie accessible à la masse de la population, comme au Ghana.

Ces défis se posent moins en termes de l'existence d'un excédent de fonds à dépenser aujourd'hui, mais plutôt de la capacité à construire graduellement un espace budgétaire qui puisse permettre au gouvernement d'augmenter ces dépenses prioritaires d'une manière durable.

Les sources potentielles de financement sont de trois ordres : (i) l'accroissement des recettes de l'Etat, basé sur la croissance du PIB et le renforcement de la capacité d'administration fiscale, (ii) la réallocation des dépenses publiques en fonction des priorités établies et (iii) la création de taxes spécifiques.

Les orientations du cadrage macro-économique et financier à moyen terme de la SCRP 3 montrent que ***l'économie béninoise pourrait enregistrer une croissance forte et soutenue*** dans un environnement marqué par une maîtrise de l'inflation et une consolidation des finances publiques. Le taux de croissance passerait de 3,6% en 2011 à 7,5% en 2015, soit une croissance moyenne de 6,0% sur la période de 2011 à 2015.

L'accroissement des recettes de l'Etat est conditionné par la mise en œuvre de la fiscalité de développement, l'élargissement de l'assiette à travers l'extension du l'Identifiant Fiscal Unique (IFU) au secteur informel, la maîtrise des exonérations fiscales et la dotation des régies financières de moyens conséquents, ce qui devrait faire passer la pression fiscale de 18,5% du PIB en 2011 à 19,3% en 2015. Cependant, le déficit budgétaire resterait structurel (5% du PIB). Il devrait être financé par des prêts concessionnels (87,1%), des appuis budgétaires des partenaires multilatéraux et bilatéraux (13,1%) et des ressources internes (3,9%) issues des privatisations des entreprises publiques et du recours à la mobilisation de ressources par emprunts publics sur le marché financier intérieur et sous régional.

En termes d'allocations sectorielles des ressources, les crédits consacrés aux secteurs sociaux représenteraient en moyenne 33,8% du total des dotations budgétaires sur la période 2011-2015 dont 17,9% pour l'éducation, 13,4% pour la santé et seulement 2,4% pour le développement social et culturel.

Après une année de mise en œuvre du SCRP 3, les résultats montrent que les allocations budgétaires restent largement en faveur des secteurs sociaux mais inférieures aux prévisions. En outre, la contreperformance des recettes budgétaires reste persistante, mais elle est atténuée grâce à la maîtrise des dépenses publiques.

Dans ce contexte, ***une forte dynamique politique apparaît essentielle pour créer un espace budgétaire croissant pour le financement de la protection sociale sans hypothéquer le financement d'autres secteurs prioritaires***, y compris les infrastructures productives nécessaires pour véritablement enclencher un cercle vertueux de croissance auto-entretenu. A cet égard, le gouvernement va inscrire, dans le court terme, dans ces dépenses prioritaires des programmes modestes de protection sociale orientées vers la protection des couches sociales les plus pauvres et vulnérables et le renforcement de la marche du Bénin vers l'atteinte des OMD. Ceci rendra toutefois nécessaire le recours aux appuis externes pour assurer le financement du déficit budgétaire.

A moyen et long terme, le financement de la protection sociale sera consolidé à travers l'élimination progressive du besoin de financement public du déficit structurel du FNRB à travers les réformes qui y sont engagées, et des réallocations de ressources, ainsi que par l'accroissement des recettes de l'Etat.

Une telle démarche pourrait aussi conduire à la création d'un Fonds Spécial de Protection Sociale sur la base d'une quote-part du budget de l'Etat. Ce fonds spécial pourrait être consolidé par l'institutionnalisation de taxes spécifiques. En se basant sur les expériences dans la sous-région, des taxes sur les opérateurs de téléphonies mobiles, les transactions financières ou les produits de l'assurance pourraient être instaurées. Dans ce contexte, tous les opérateurs de téléphonie mobile, les compagnies d'assurance et de transferts d'argent à l'étranger, reverseraient à ce fonds un pourcentage donné¹¹ de leur chiffre d'affaires, hors taxe. D'autres sources possibles de financement sont les taxes sur les boissons alcoolisées et les taxes d'embarquement à l'aéroport. Le gouvernement entreprendra les études nécessaires pour estimer les recettes potentiellement mobilisables au moyen de ces différentes options et leur faisabilité en termes de coûts économiques et sociaux.

¹¹ Il varie selon les secteurs d'activités. Au Gabon, il est de 10% pour les opérateurs de téléphonie mobile et 1,5% sur les transferts d'argent.