



Oxford Policy Management

# **Etude sur les mécanismes innovants de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle au Bénin**

Rapport final

Nouria Brikci et Alex Murray

30 Juillet 2015

## Préface

L'équipe est reconnaissante à l'OMS à Genève et Cotonou pour leur soutien tout au long de cette étude ainsi qu'aux personnes nous ayant dédié du temps pour les entretiens semi-structures entrepris.

This assessment is being carried out by Oxford Policy Management. The project manager is Nouria Brikci. The remaining team members are Cyriaque Edon (initial stages) and Alex Murray. For further information contact Nouria Brikci at [nouria.brikci@opml.co.uk](mailto:nouria.brikci@opml.co.uk)

---

Oxford Policy Management Limited

6 St Aldates Courtyard  
38 St Aldates  
Oxford OX1 1BN  
United Kingdom

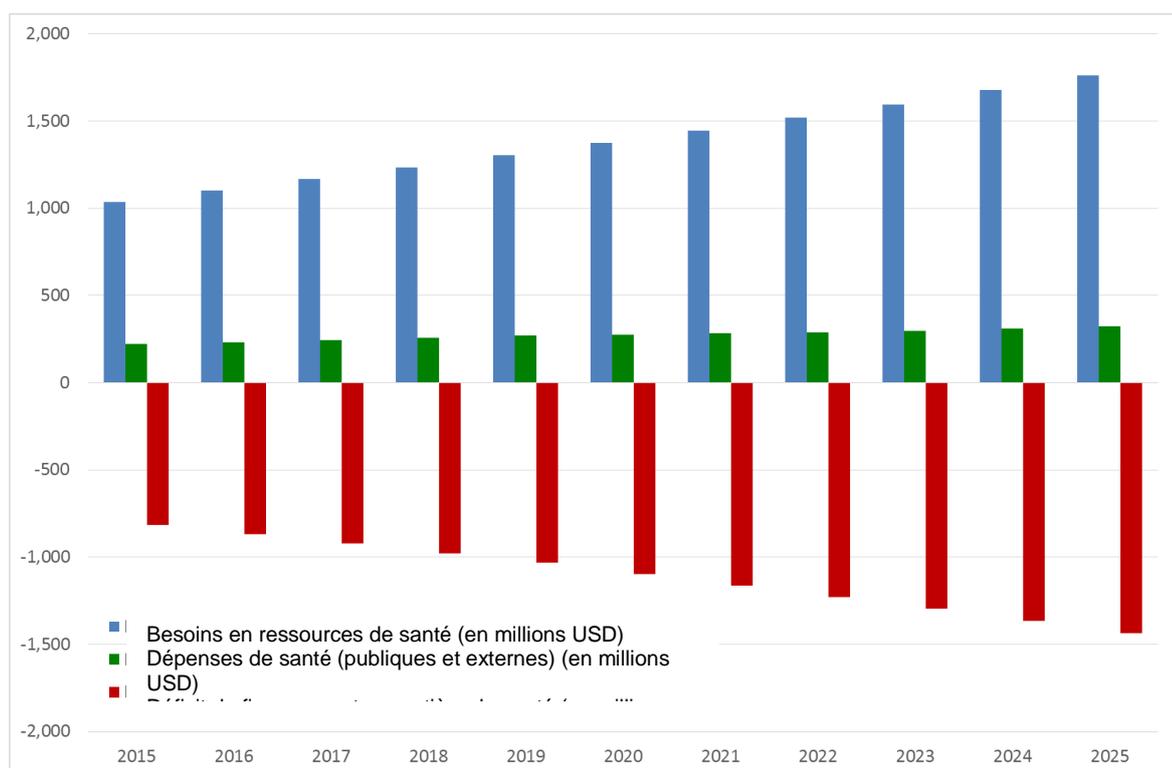
Tel +44 (0) 1865 207 300  
Fax +44 (0) 1865 207 301  
Email [admin@opml.co.uk](mailto:admin@opml.co.uk)  
Website [www.opml.co.uk](http://www.opml.co.uk)

Registered in England: 3122495

## Résumé exécutif

Le Bénin, comme bon nombre de pays en Afrique sub-Saharienne, s'est engagé sur le chemin de la couverture médicale universelle. Ceci implique un besoin de ressources financières additionnelles afin de combler l'écart financier existant, soit environ 0,8 milliard USD en 2015, un déficit qui devrait augmenter de 1,4 milliard d'ici à 2025, comme en témoigne le **Error! Reference source not found.** Ce déficit croissant est fonction de la dotation budgétaire actuelle pour la santé avoisinant les 6 % des dépenses publiques totales (un seuil qui devrait se maintenir à ce niveau selon les projections) ainsi que du déclin continu de l'apport des donateurs. En proportion du PIB, ce déficit représente en moyenne 9 % par an et 36 % des dépenses totales du gouvernement.

**Graphique 1 : projections du déficit de financement pour la santé (en millions USD)**



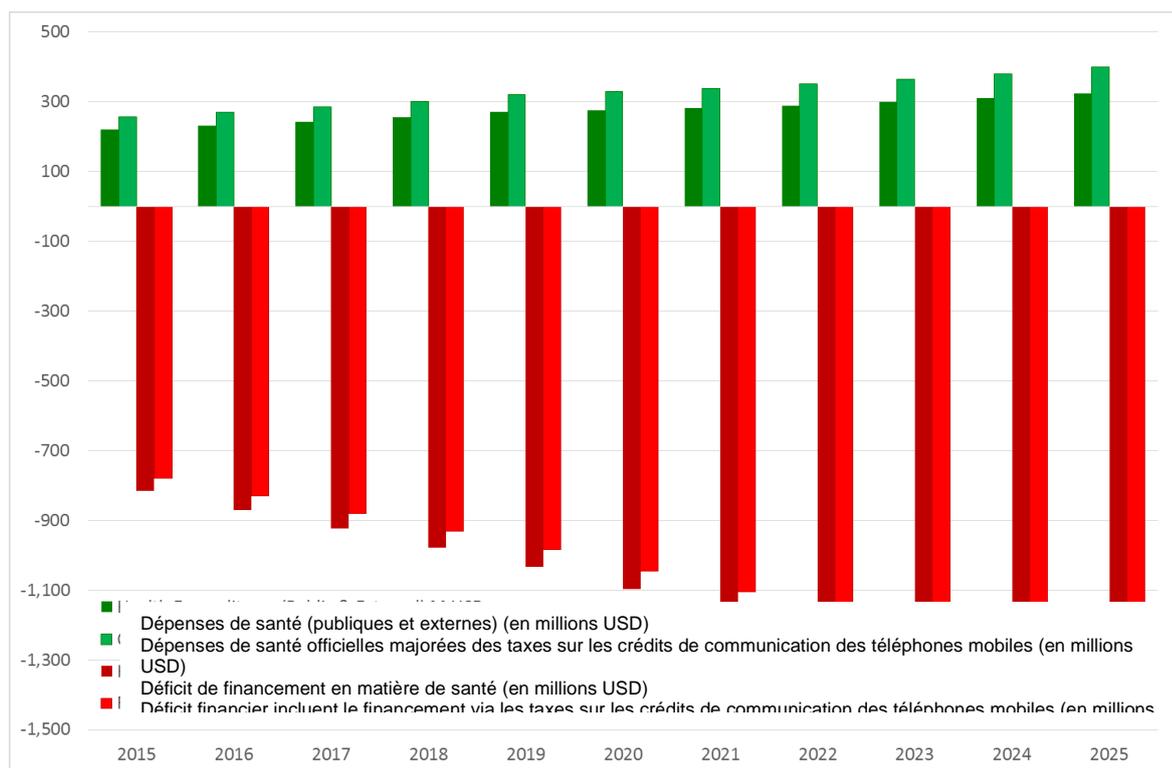
Cette étude a eu pour objectif d'identifier le potentiel politique et fiscal de 5 mécanismes dits innovants pour contribuer à combler ce déficit. Les mécanismes sélectionnés, à travers une approche participative, sont une taxe sur les billets d'avion, une taxe sur les transactions financières, une taxe sur l'alcool, une loterie nationale, et une taxe sur la téléphonie.

L'impact de la somme de toutes ces taxes spéciales sur le déficit financier du secteur de la santé apparaît dans le Graphique 2. Toutes les cinq taxes pourraient générer 54 millions USD en moyenne, de 2015 à 2025. Cela comblerait le déficit financier d'environ 5 % par an.

L'augmentation du niveau d'imposition au regard de toutes ces options augmenterait le ratio PIB/impôts de seulement 0,2 points de pourcentage, passant ainsi d'une moyenne de 19,9 à 20,1 %.

Cela montre que les projections faites peuvent se révéler prudentes et il reste possible de trouver des niveaux de financement plus élevés pour le secteur de la santé une fois qu'un type plus spécifique d'impôt aura été choisi.

**Graphique 2 : Impact des taxes spéciales sur les dépenses de santé et le déficit de financement (en millions USD)**



Ce rapport a analysé cinq différentes mesures que le gouvernement béninois pourrait envisager. Celles-ci sont énoncées dans le **Error! Reference source not found.** en fonction du score obtenu par critère de sélection pour évaluer leur efficacité comme sources de financement pour la santé. Chacune a été mesurée sur une échelle de cinq points :

- 1) Durabilité des flux de ressources au fil du temps ;
- 2) Stabilité du financement ;
- 3) Progressivité (c'est-à-dire l'impact sur l'égalité) ;
- 4) Efficience administrative (coût de mise en œuvre et du maintien de la taxe) ; et
- 5) Potentiels effets indésirables.

Ce tableau présente également le montant des revenus projetés pour chaque mécanisme ainsi que leur contribution pour combler le déficit de financement au Bénin.

**Tableau 1: Vue d'ensemble des coûts et avantages des taxes spéciales**

Mécanisme	Conclusions générales					Score total	Potentiel sur dix ans (en millions USD)
	Durabilité	Stabilité	Progressivité	Efficience administrative	Effets indésirables		
Transport aérien	4	4	5	4	4	21	17
Alcool	4	4	2	4	3	17	349
Envois de fonds	4	3	2	4	3	16	42
Crédits de communication	4	4	2	4	1	15	181
Loterie	2	2	1	2	4	11	5
<b>Total</b>							<b>595</b>

Source : adapté de Lievens, T. et al (2012).

En somme, l'analyse suggère que les deux meilleures options pour le financement de la santé sont les suivantes :

1. **La taxe sur le transport aérien** – qui obtient la note la plus élevée dans l'évaluation qualitative, avec 21 sur 25. Le principal avantage à mettre en évidence ici est le fait que la population béninoise n'est pas imposée en vertu de cette option, ce qui devrait rendre de telles taxes politiquement acceptables pour les contribuables. Les montants de revenus pourraient fournir 17 millions USD par an pour le secteur de la santé – ce qui pourrait être augmenté après que des études plus approfondies aient été réalisées sur les différents prix des tickets. Ce rapport a suggéré des taux d'imposition prudents (20 USD) pouvant par la suite être augmentés et dont les effets indésirables peuvent également être évalués.
2. **La taxe sur l'alcool** – qui obtient une bonne note avec 17 sur 25. Les flux de revenus potentiels issus de cette taxe sont les plus importants de toutes les taxes examinées ici : près de 350 millions USD pourraient être injectés dans le secteur de la santé au cours de la décennie. L'avantage ici est que ces produits ont un effet connu sur la santé et sont préjudiciables aux coûts des services de santé, ce qui, une fois de plus, rendrait cette taxe plus acceptable pour les contribuables. Il est à noter que cette valeur monétaire utilise la moyenne constatée dans d'autres pays et des données plus spécifiques d'imposition et de consommation au Bénin seraient nécessaires pour affiner cette option politique.

Une troisième donnée aberrante au vu de la note, mais dont les projections de revenus pourraient rapporter beaucoup, est la **taxe sur les crédits de communication des téléphones mobiles**. Cela pourrait rapporter 180 millions USD au secteur de la santé au cours des dix prochaines années. Toutefois, sa note est faible en raison des inquiétudes sur les retombées économiques et sociales. Si une taxe pouvait être mise en œuvre de façon à garantir sa progressivité mais qu'elle présente des impacts économiques réduits, alors celle-ci pourrait être une option pour le Bénin.

## Table of contents

Préface	i
Résumé exécutif	ii
Liste des tableaux et graphiques	vi
Liste des abreviations	vii
1 Introduction	1
2 Le contexte socio-économique	2
3 Le système de santé au Benin	6
3.1 Un système à trois niveaux	6
3.2 Couverture Sanitaire et utilisation des services de santé	7
3.3 Politiques Sanitaires	9
4 Politiques de Financement de la Santé	12
4.1 Tendance des dépenses de santé	12
4.2 Autres mécanismes de couverture du risque maladie au Bénin	18
5 La couverture sanitaire universelle au Benin	22
5.1 Définition de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)	22
5.2 Création d'espace fiscal	23
5.3 Le déficit financier pour la CMU	23
6 Les 5 mécanismes innovants pour la CMU	26
6.1 Processus de sélection des mécanismes de financement innovants	26
6.2 Taxe sur les billets d'avion	27
6.3 Taxe sur les transactions financières	33
6.4 Taxe sur l'alcool	39
6.5 Taxe sur la téléphonie	42
6.6 Loterie nationale	46
7 Déficit financier et mécanismes innovants- recommandations	52
Références	54
Annex A Méthodologie	55
A.1 Aperçu du cadre macroéconomique	55
A.2 Données et hypothèses	62
A.3 Les résultats de la régression pour la croissance des dépenses publiques et individuelles	65
A.4 Projections des financements des bailleurs de fonds : méthodologie	67

## Liste des tableaux et graphiques

Tableau 1:	Vue d'ensemble des coûts et avantages des taxes spéciales .....	iii
Tableau 2:	Données macro-économiques.....	4
Tableau 3:	Evolution des indicateurs démographiques de 2007 à 2012.....	4
Tableau 4:	Taux de couverture en centre de santé par département en 2013 .....	8
Tableau 5:	Indicateurs de tendances liés aux dépenses sanitaires du Bénin de 2002-2013 ...	12
Tableau 6:	Indicateurs des dépenses de santé .....	16
Tableau 7:	Sources de financement extérieur .....	17
Tableau 8:	Comparaison des mutuelles et de leur état de fonctionnement parmi plusieurs pays d'Afrique Sub-Saharienne .....	21
Tableau 9:	Contribution des pays africains à UNITAID .....	29
Tableau 10:	Redevances et taxes perçues par passager sur un billet d'avion .....	31
Tableau 11 :	Vue d'ensemble des coûts et avantages des taxes spéciales .....	53
Graphique 1 :	projections du déficit de financement pour la santé (en millions USD) .....	ii
Graphique 2 :	Impact des taxes spéciales sur les dépenses de santé et le déficit de financement (en millions USD) .....	iii
Graphique 3:	Répartition de la dépense totale en santé par fonction au Bénin, 2003 .....	13
Graphique 4:	Un schéma simplifié du financement de la santé selon ses fonctions.....	14
Graphique 5:	Evolution de la part du Budget de la santé dans le Budget général de l'Etat entre 2002 et 2010 .....	15
Graphique 6:	Evolution des prévisions & engagement des dépenses santé de l'Etat (CDMT).....	15
Graphique 7:	Cube OMS : couverture sanitaire universelle .....	22
Graphique 8:	Projections du déficit de financement pour la santé (en millions USD) .....	24
Graphique 9:	Revenus potentiels de la taxe sur le transport aérien (en millions USD).....	33
Graphique 10:	Revenus potentiels d'un prélèvement sur les transferts de fonds (en millions USD) .....	39
Graphique 11:	Revenus potentiels de la taxe sur l'alcool (en millions USD).....	42
Graphique 12 :	Revenus potentiels des taxes sur les crédits de communication des téléphones mobiles (en millions USD) .....	46
Graphique 13:	Revenus potentiels de la loterie pour la santé (en millions USD) .....	51
Graphique 14:	Impact des taxes spéciales sur les dépenses de santé et le déficit de financement (en millions USD) .....	52

## Liste des abreviations

AIB	African Investment Bank
AICBG	Aéroport International Cardinal Bernardin Gantin
AITA	Association internationale du transport aérien
APBEF	Association Professionnelle des Banques et des Etablissements Financiers
APD	Aide publique au développement
ARCEP	Autorité de régulation des Communications électroniques et de la poste
ARV	Anti-Rétro-Viraux
ASECNA	Agence pour la Sécurité de la Navigation Aérienne en Afrique et à Madagascar
BAB	Banque Atlantique au Benin
BCEAO	Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
BIBE	Banque Internationale du Benin
BHB	Banque de l'Habitat du Benin
BOA	Bank of Africa
BRS	Banque Régionale de Solidarité
BSIC-BENIN	Banque Sahelo-Saharienne pour l'Investissement et le Commerce
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CBB	Continental Bank Benin
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CL	Collectivités locales
CMU	Couverture Médicale Universelle
CNHU	Centre National Hospitalier et Universitaire
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DBB	Diamond Bank Benin
DGDDI	Direction Générale des Douanes et Droits Indirects
EAC	Communauté d'Afrique de l'Est
EBB	Ecobank Benin
EEZS	Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire

EMICOV	Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages
ESS	Entretiens Semi Structures
FADEC	Fonds d'Appui au Développement des Communes
FBB	Financial Bank Benin
FS	Formations sanitaires
IDH	Indice de Développement Humain
IED	Investissements Etrangers Directs
IMF	Institutions de Microfinance
LNB	Loterie Nationale du Bénin
MS	Ministère de la Santé
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OPM	Oxford Policy Management
OSD	Orientations Stratégiques de Développement
PAM	Programme alimentaire mondial
PIB	Produit intérieur brut
PNDS	Plans nationaux de Développement Sanitaires
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SGBBE	Société Générale de Banques au Benin
SSA	Service de Santé des Armées
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

# 1 Introduction

Le Ministère de la Santé (MdS) et son gouvernement souhaite offrir à la population Béninoise une Couverture Médicale Universelle (CMU) dans le moyen terme. Cette ambition nécessite une réflexion au niveau politique et macro-économique afin d'en déterminer le potentiel mais aussi des ressources financières additionnelles.

Ces ressources additionnelles peuvent provenir d'une augmentation de la dette, de l'aide des Bailleurs de Fonds (BdF), d'une amélioration dans la dépense des ressources existantes, et enfin d'une augmentation de l'allocation budgétaire de l'état ainsi qu'une augmentation du budget de l'état à travers des mécanismes innovants.

Ce rapport présente les conclusions d'une analyse du potentiel fiscal et politique de 5 mécanismes innovants. Le potentiel politique a pourtant été difficile à jauger puisque certains entretiens semi-structures prévus n'ont pu, pour différentes raisons, avoir lieu. Ainsi ce rapport se focalise-t-il surtout sur le potentiel fiscal.

Le rapport est structure comme suit : chapitre 2 met en exergue le contexte socio-économique du pays dans lequel cette étude s'inscrit. Chapitre 3 décrit brièvement le système de santé et le politiques sanitaires le plus importantes ayant un impact sur le financement de la sante ; Chapitre 4 analyse le système de financement de la santé ; Chapitre 5 aborde la question du déficit budgétaire à combler pour réaliser l'ambition de la CMU ; Chapitre 6 présente l'analyse pour chacun des mécanismes identifiés ; Chapitre 7 offre des recommandations finales.

## 2 Le contexte socio-économique

Situé en Afrique de l'ouest entre le Nigéria à l'est, le Togo à l'ouest, et limité au sud par l'océan Atlantique et au nord par le Niger et le Burkina-Faso, le Bénin s'étend sur une superficie de 114 763 kilomètres carrés. Selon les résultats provisoires du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH4) réalisé en mai 2013, la population béninoise est de 9 983 884 habitants estimée à 10 591 454 d'âmes en 2014, elle pourrait atteindre 12 millions habitants en 2020. La croissance continue de la population résulte d'une fécondité élevée et constante, d'une mortalité en baisse progressive et d'un courant migratoire non négligeable.

Sur le plan politique, les dix dernières années ont été caractérisées par la consolidation du système de démocratie pluraliste, issu des conclusions de la Conférence des Forces Vives de la Nation, tenue en février 1990. Depuis cette période, le Bénin jouit d'un climat de paix et des conditions favorables à la gestion participative du développement national. Le bon fonctionnement du système démocratique mis en place a généré une stabilité politique favorable au développement. Cette situation, quoique perfectible, a permis au Bénin de renforcer son intégration politique aussi bien au niveau sous- régional qu'international.

Au plan socio-économique, l'économie béninoise a connu une croissance économique moyenne faible, lente et insuffisante (3,8%) pour faire face à la demande sociale engendrée par une forte croissance démographique. Ce déséquilibre entre la croissance démographique et la croissance économique occasionne le développement d'une couche de population de plus en plus pauvre. L'économie est caractérisée par la prépondérance des secteurs primaire et tertiaire et un secteur secondaire qui demeure toujours embryonnaire. L'économie du Bénin fait partie de plusieurs espaces économiques sous régionaux, notamment l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) et la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Au cours de la décennie écoulée, l'évolution macroéconomique reste marquée par un profil de croissance contrastée et un faible degré d'ouverture qui n'est pas suffisant pour induire une croissance soutenue.

A cela il faut ajouter la faiblesse de l'indice de développement humain (IDH) qui est de 0,476 en 2013. En effet, le Bénin fait partie des pays à IDH faible. Toutefois, les progrès de ces dernières années en matière d'offre de services publics et d'infrastructures de base ont permis au Bénin de se hisser au second rang des pays de l'UEOMA juste derrière le Sénégal pour son IDH. Ainsi, les efforts de réalisation des grands travaux dans des domaines critiques du développement humain, notamment la santé et la nutrition doivent être maintenus et renforcés.

Le taux d'accroissement de la population béninoise (3,25%) est à la base de nombreux défis en matière de demande sociale (nutrition, éducation, santé, emploi, habitat et gestion urbaine), et de disponibilité de facteurs de production. Le Bénin est caractérisé par une population jeune. En effet, 53% de la population a moins de 18 ans. L'espérance de vie à la naissance était de 61,4 ans, légèrement plus élevé pour les femmes (63,5 ans) que pour les hommes (59,2 ans). La population potentiellement active (15-64 ans) représentait 51,5% de la population. En 2010, 44% de la population vivent en milieu urbain (INSAE, TBS 2010).

Les tendances du marché du travail tirent principalement leur source de l'évolution de l'économie et du dynamisme du secteur privé. L'analyse de la situation de l'économie nationale et des résultats du volet emploi des Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages (EMICOV), menée de 2006 à 2011, permettent de dégager certains faits marquants. Entre 2006 et 2010, le Bénin connu une augmentation de la force de travail de l'économie qui est passée de 72,6% à 75,4%. Le chômage a connu une évolution ascendante depuis 2007. Après la baisse observée entre 2006 et 2007, le chômage n'a cessé de croître depuis 2007 passant de 0,7% à

2,6% en 2011 au niveau de l'ensemble de la population. Le phénomène est plus marqué au niveau des jeunes de 20 à 24 ans dont le taux de chômage en 2011 est de 7,0%.

Le recul de la pauvreté au Bénin demeure incertain et les mesures prises sur ce front au cours des dix dernières années ne sont pas concluantes. En effet, contrairement à la pauvreté monétaire qui a connu une évolution erratique avec encore un niveau relativement élevé, la pauvreté non monétaire focalisée sur les conditions d'existence a connu une tendance à la baisse continue et conséquente depuis 2006. Après avoir enregistré une baisse de 2,3 points de pourcentage entre 2006 et 2009, l'incidence de la pauvreté monétaire a augmenté de 1 point de pourcentage entre 2009 et 2011. Il s'est établi à 36,2% en 2011 contre 35,2% en 2009 et 37,5 en 2006.

Quant à la pauvreté non monétaire axée sur les conditions d'existence, elle a touché 29,5% des individus en 2011 contre 44,1% en 2006 soit une baisse de 14,6 points de pourcentage montrant ainsi l'amélioration des conditions de vie des ménages et par la même occasion, l'effort du Gouvernement dans l'amélioration de l'accessibilité aux infrastructures de base (eau, santé et énergie électrique). La pauvreté monétaire est plus répandue et prononcée en milieu rural. La situation inverse est notée en ce qui concerne la pauvreté non monétaire. Au niveau régional, l'existence de fortes disparités est encore persistante en ce qui concerne les deux dimensions de la pauvreté<sup>1</sup>.

La situation socio sanitaire est préoccupante. Elle se caractérise par un cadre de vie propice à l'éclosion des maladies transmissibles et parasitaires (Stratégie nationale de Financement de la santé, 2013). La pollution, l'insuffisance de l'eau potable et la gestion des déchets sont les éléments essentiels de ce cadre de vie qui méritent une attention particulière.

L'espérance de vie au Bénin est estimée à 59,2 ans (RGPH3, 2002) tous sexes confondus. Il est caractérisé par un taux de fécondité élevé (5,5 enfants par femme en âge de procréer) (RGPH, 2002). Cependant, le taux de mortalité infantile reste élevé (42,0‰). Le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé à 70‰ en 2011, alors qu'il devait être de 60‰ (Annuaire Statistique de la santé, 2011). Le taux de mortalité générale est estimé à 8,4‰. (Annuaire Statistique de la santé, 2013).

---

<sup>1</sup> INSAE, Evaluation de la pauvreté au Bénin, Mars 2014

**Tableau 2: Données macro-économiques**

Année	Produit Intérieur Brut en milliards de F CFA		Taux croissance économique (en %)	PIB par tête (1000 FCFA/h)	Déflateur du PIB en %	IDH
	Prix courant	Prix constant de 1985				
2003	2068,1	928,4	3,9	289	1,7	0,464
2004	2140	957,4	3,1	289	0,4	0,467
2005	2299	984,9	2,9	300	4,4	0,418
2006	2460,2	1021,8	3,8	311	3,2	0,42
2007	2641,7	1069,1	4,6	323	2,6	0,423
2008	2973,9	1122,3	5	351	7,2	0,429
2009	3109,4	1152,7	2,7	355	2	0,432
2010	3248,2	1182,1	2,6	358	1,9	0,435
2011	3444,4	1223,8	3,5	366	2,5	0,427
2012	3761,6	1266,9	5,4	402	5,5	-

Source: INSAE, 2012.

Selon les projections de l'INSAE en 2012, les estimations de mortalité maternelle, néonatale et infantile demeurent très élevées au Bénin :

**Tableau 3: Evolution des indicateurs démographiques de 2007 à 2012**

Indicateurs	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Indice Synthétique de Fécondité	5,67	5,63	5,6	5,6	5,5	5,5
Espérance de vie à la naissance	60,8	61,1	61,4	61,7	62	62,5
Taux Brut de Natalité (pour 1000)	42,2	41,7	41,3	40,9	40,5	40,2
Taux de Mortalité Infantile (pour 1000)	62,9	61,8	60,6	59,5	58,4	57,2
Taux de Mortalité Infanto juvénile (pour 1000)	97	94,9	92,9	91	88,9	86,9
Taux Brut de Mortalité (pour 1000)	9,7	9,4	9,2	8,9	8,7	8,4

Source : INSAE, projections 2012

- le taux de mortalité infantile est de 42,0‰ (Annuaire Statistique Sanitaire, 2012).
- Le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé à 70‰ en 2011 (Annuaire Statistique Sanitaire, 2012)
- Le taux de mortalité maternelle est 397 pour 100000 naissances vivantes (EDS, 2006).
- Le taux de mortalité générale est estimé à 8,4‰ (Annuaire Statistique Sanitaire, 2012).

Cette mortalité élevée est en partie due à des taux de couverture en soins préventifs et curatifs essentiels toujours trop insuffisants malgré les progrès qui ont pu être observés pour certaines interventions.

De plus, on constate que :

- 48% des enfants de 12-23 mois sont complètement vaccinés et 10% n'ont reçu aucun vaccin (EDS, 2012) ;
- 24% des femmes accouchent de leur premier enfant avant 19 ans (EDS, 2012) ;
- 8% des femmes utilisent les méthodes modernes de contraception (EDS, 2012) ;
- 86% des femmes sont consultées par un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissances récentes et 84 % des naissances est fait avec l'assistance du personnel médical (EDS, 2012) ;
- L'épidémie de VIH/SIDA s'est stabilisée : 1,2 % chez les adultes depuis les cinq dernières années (EDS, 2012).

## 3 Le système de santé au Benin

### 3.1 Un système à trois niveaux

Le système de santé du Bénin est organisé en une pyramide sanitaire à trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique (PNDS, 2009-2018)

- **le niveau central ou national** est administré par le Ministre de la Santé Publique qui assure la mise en œuvre de la Politique Sanitaire définie par le gouvernement. Dans cette optique, il initie l'action sanitaire, en planifie l'organisation, coordonne et contrôle la mise en œuvre des projets et programme de santé. A ce niveau, on retrouve comme structures de soins le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) Hubert Koutoumkou MAGA, le Centre National de Pneumo-phtisiologie, le Centre National de Psychiatrie et l'Hôpital de la mère et de l'Enfant Lagune (Ex Maternité Lagune).
- **le niveau intermédiaire** ou départemental est administré par les Directeurs départementaux de santé. Les activités sanitaires se font à ce niveau dans les hôpitaux départementaux. Les directions départementales (actuellement au nombre de 6) sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé et d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements. Le CHD constitue le centre de référence pour les cas référés par les hôpitaux de zone (pour ceux qui sont fonctionnels) ou par les centres de santé.
- **le niveau périphérique** : il représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système sanitaire. En effet le territoire national est réparti en 34 zones. Chaque zone dénommée Zone Sanitaire regroupe un certain nombre de services de santé publics de premier contact (UVS et CS), et des formations sanitaires privées appuyés par un hôpital de référence (public ou privé), appelé Hôpital de Zone. La Zone Sanitaire, est dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion ; elle est placée sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique. Ses organes de gestion sont constitués par : le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS); l'Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS).

Aujourd'hui 28 Zones Sanitaires fonctionnent sur les 34 prévues soit un taux de 82,35%.

#### Secteur Public

En dehors du Ministère de la Santé, il existe d'autres structures étatiques impliquées dans la fourniture de soins. Parmi celles-ci, le Ministère de la Défense est l'une des plus importantes ; il gère les Hôpitaux d'Instruction des Armées, dix centres médico-sociaux et cinq postes médicaux à l'intérieur du pays.

Le Service de Santé des Armées (SSA) offre des soins au personnel des Forces Armées Béninoises et leurs familles. Par ailleurs, la police nationale dispose d'un centre de santé. A ces formations sanitaires ou structures public il faut ajouter la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME).

#### Secteur Privé

Dans le secteur privé, en 1997, on a dénombré 580 formations sanitaires (FS) toutes catégories confondues, pour tout le pays. Ce nombre est passé à 660 en 1998. Le recensement des formations sanitaires privées organisé en décembre 2012 a dénombré 2197 FS privées

intervenant dans l'offre des soins contre 744 FS publiques. On compte environ 304 FS qui font office d'hôpitaux, soit 13,83%.

Les statistiques ont montré que près de 60% de ces formations sanitaires privées se concentrent dans la ville de Cotonou qui ne compte que 9,75% de la population béninoise. Le recensement de 2012, situe la proportion du privé dans l'urbain à 944/2197 soit 42,97 %. A côté de cette structure du secteur privé, il faut ajouter le secteur pharmaceutique privé. Ce secteur pharmaceutique privé comprend une fabrique de médicaments sous noms génériques, quatre grossistes répartiteurs et environ 185 officines de pharmacies inégalement réparties sur le territoire national.

## **3.2 Couverture Sanitaire et utilisation des services de santé**

### **Disponibilité de l'offre**

Le système de santé est relativement bien pourvu en infrastructures avec un taux de couverture sanitaire avoisinant 88,3%(Annuaire Statistique de la santé, 2013). Ces formations sanitaires sont construites conformément aux normes requises dans le secteur de la santé (voir Tableau 4 ci-dessous).

**Tableau 4: Taux de couverture en centre de santé par département en 2013**

Département	Arrondissement	Centre de Santé (Disp+Mat)	Disp seul	Maternité seule	Arrond couvert en CS	Taux de couverture sanitaire (%)	Nombre habts/CS	Population
Alibori	41	42	15	7	40	97,6	11 263	720 812
Atacora	47	64	12	1	47	100,0	9 870	759 992
Atlantique	74	70	9	6	67	90,5	13 046	1 108 944
Borgou	43	54	18	18	43	100,0	11 130	1 001 724
Collines	60	51	11	5	49	81,7	11 065	741 326
Couffo	50	44	4	6	43	86,0	13 438	725 644
Donga	26	28	10	8	26	100,0	10 527	484 230
Littoral	13	14	2	1	11	84,6	54 118	920 013
Mono	36	38	2	11	35	97,2	9 765	498 028
Ouémé	52	65	15	0	40	76,9	12 636	1 010 855
Plateau	29	36	15	0	29	100,0	11 042	563 151
Zou	76	57	2	15	54	71,1	11 215	829 898
Bénin	547	563	115	78	483	88,3	12387	9 364 619

Source : SGSI/DPP, 2012

## **Accessibilité**

L'accès de la population aux soins de santé est l'une des priorités des autorités sanitaires. Dans l'ensemble, 66% des ménages ont accès à une formation sanitaire dans leur localité dans un rayon de 5 km. S'agissant de l'accessibilité aux formations sanitaires de première référence, plus de 50% de la population a accès à un hôpital de référence en cas de nécessité ; et 13% vivent encore à plus de 30 km d'un hôpital de référence. La majorité des communautés rurales ne disposent pas d'un hôpital à moins de 5 km (34% contre 77% pour le milieu urbain) (PNDS, 2009-2012).

## **Utilisation des services de santé**

L'utilisation effective des services de santé publics s'est améliorée au cours des dernières années. Selon l'annuaire des statistiques sanitaires 2012, le taux de fréquentation des centres de santé pour les soins curatifs (publics et privés) est de 51,04% pour l'ensemble de la population et de 90,9% pour les enfants de moins de 5 ans. Plusieurs études (EDS, etc.) mettent en avant les barrières financières à l'utilisation des formations sanitaires, en plus de la qualité insuffisante de l'offre de soins particulièrement dans le secteur public.

## **3.3 Politiques Sanitaires**

Le Gouvernement Béninois met en œuvre depuis plusieurs années des politiques de santé au travers desquelles il s'est engagé à améliorer la couverture sanitaire du pays sur le double plan quantitatif et qualitatif grâce à une réorganisation et une meilleure gestion du système de santé. Ainsi, la disponibilité en services de santé essentiels de qualité sera améliorée et l'accessibilité géographique et financière à tous et particulièrement aux plus démunis sera garantie.

Sa mise en œuvre est effectuée à travers deux plans nationaux de Développement Sanitaires (PNDS 2007-2016, PNDS 2009-2018). Cependant, la mise en œuvre de ces différents plans est intervenue dans un contexte socio-politique et économique difficile marqué par la raréfaction des ressources due en partie à une réduction significative de la coopération internationale.

Tirant profit des initiatives de partenariat pour la santé au niveau régional et international, le Bénin a entrepris depuis 2010 avec l'aide des PTF une réforme du cadre politique et stratégique de son système de santé, axé sur le renforcement de la mise en œuvre des interventions sanitaires à haut impact capables de produire des résultats en termes d'amélioration de la santé des populations. De nouvelles réformes aussi ont été engagées pour permettre l'efficacité au sein du système national de santé. Par exemple, le FBR qui est une approche de renforcement de la performance du système de santé à travers essentiellement : (i) la mise en œuvre de l'approche contractuelle, (ii) la mise en place du processus d'amélioration de la qualité des soins et services de santé et (iii) l'instauration d'incitations financières proportionnelles à la production de soins et services de qualité aux populations.

La vision du gouvernement à travers cette nouvelle politique nationale de santé est « d'assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessibles et équitables, capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables » (PNDS,2009-2018)..

## **Quelques stratégies et politiques nationales en faveur de la santé**

### ***Les Orientations Stratégiques de Développement (OSD)***

---

En adoptant les orientations stratégiques de développement, le Gouvernement s'est doté d'un document d'orientation pour ses actions. Les ODS constituent un repère pour impulser et conduire efficacement le processus de développement du pays. Il s'agit en réalité des choix fondamentaux structurants, inscrits dans des perspectives de moyen terme. L'objectif est d'offrir à tous les secteurs de développement, les repères nécessaires pour l'action.

Les OSD soient traduites au premier plan en stratégies sectorielles puis opérationnalisées à travers la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté qui reste la plateforme programmatique de mise en œuvre des politiques nationales, conformément au processus de gestion du développement du pays. A cet égard, en fondant le PNDS sur les OSD, le secteur de la Santé vise à traduire la politique nationale de développement dans ce secteur.

L'éradication de la pauvreté et l'amélioration de la qualité de vie des populations est un des défis des ODS pris en charge par le PNDS. Ainsi, les stratégies de développement du secteur de la santé contribueront à relever ce défi national.

En terme d'engagement pour le secteur de la santé dans les OSD, il est retenu de développer une offre sanitaire de référence à travers l'élaboration et la mise en application d'un cadre législatif et réglementaire adéquat, le renforcement des capacités et compétences des acteurs du secteur et la mise en place de dotations budgétaires spéciales.

### **Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)**

Partie prenante de la Déclaration du Millénaire, le Gouvernement du Bénin s'est engagé à élaborer et à mettre en œuvre des politiques publiques nécessaires pour améliorer les conditions de vie des populations d'ici à 2015. A cet égard et depuis le début des années 2000, les OMD ont constitué un fondement majeur des politiques nationales et stratégies sectorielles qui constituent les repères de l'action publique pour le développement économique et social du pays. Le secteur de la santé a en charge trois des huit objectifs retenus au niveau mondial à savoir :

- Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) ;
- Améliorer la santé maternelle (OMD 5) ;
- Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6).

Ceci traduit l'importance à accorder au secteur de la santé parmi les secteurs de développement.

Le Bénin a toujours été depuis son indépendance un terrain privilégié d'expériences de développement à la base. Avec l'adoption des Soins de Santé Primaires en 1978, ces expériences ont été approfondies et étendues, faisant du pays, sur bien des plans, un exemple pour les efforts de développement sanitaire à la base. Les mutations intervenues au plan politique à partir de la crise économique mondiale de 1989 n'ont pas annihilé la promotion de la santé des plus défavorisés, notamment les populations des zones rurales et péri-urbaines.

### **Les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme : Bénin Alafia 2025**

La vision globale du Bénin contenue dans les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme : Bénin Alafia 2025 met l'accent sur le bien-être social qui repose entre autres sur les éléments suivants :

- un système éducatif efficace et performant ;
- des soins de santé de qualité ;
- de l'eau potable, de l'électricité et un habitat sain pour tous ;

- un cadre de vie sain.

Cette vision sera progressivement concrétisée grâce à la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), des perspectives décennales, de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP), des Orientations Stratégiques du Gouvernement (OSD) et des différents Programmes d'Action du Gouvernement. Les actions visant l'amélioration des conditions socio- sanitaires des populations y occupent une place de choix. Le Ministère de la Santé (MS) est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre du volet santé.

Suite aux travaux des Etats Généraux de la Santé de Novembre 2007, une vision capable de contribuer au renforcement de la performance du système national de santé béninois a été définie : « *Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois* ».

### **Les Stratégies de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP 2010- 2015)**

Les Stratégies de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP 2010-2015) est un document stratégique et d'orientation en matière de réduction de la pauvreté. Elles permettent d'établir la situation d'accès aux services sociaux de base et aux opportunités. La santé est une pièce maîtresse de la croissance économique et du développement, surtout dans le nouvel environnement où le savoir, le savoir-faire et le savoir être jouent un rôle central dans l'augmentation de la productivité et dans la réduction de la pauvreté.

### **Le Plan National de Développement Sanitaire Bénin 2009-2018**

Le Plan National de Développement Sanitaire Bénin est un document stratégique en matière de santé au Bénin. Il vise dans sa globalité à « *améliorer l'état de santé de la population béninoise sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes* ».

Spécifiquement, il s'agit :

- d'assurer un accès universel aux services de santé et une meilleure qualité des soins pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ;
- de renforcer le partenariat pour la santé ;
- d'améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé.

Les objectifs de développement retenus pour le secteur de la santé ont permis de décliner cinq (05) principaux domaines stratégiques ci-après :

- la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins ;
- la valorisation des ressources humaines ;
- le renforcement du partenariat dans le secteur, la promotion de l'éthique et de la déontologie médicale ;
- l'amélioration du mécanisme de financement du secteur et ;
- le renforcement de la gestion du secteur.

## 4 Politiques de Financement de la Santé

Les dépenses totales de santé au Bénin représentent environ 170 milliards soit 4,6% du PIB. La part des dépenses de santé dans le budget général de l'Etat est d'environ 11%. Les dépenses publiques de santé représentent 53% des dépenses totales de santé : Partenaires Techniques et Financiers (PTF) = 35% / Etat = 18% (Stratégie nationale du financement de la santé, 2013). Le plus préoccupant est le niveau trop élevé des dépenses directes de santé (43%), associées à des dépenses catastrophiques et à l'appauvrissement de la population. De plus, les décaissements ne dépassent pas 70% des engagements. Ceci est dû à la disponibilité des ressources et à la lourdeur des procédures de décaissement (Annuaire des statistiques sanitaires, 2013).

### 4.1 Tendances des dépenses de santé

Le tableau ci-dessous présente quelques indicateurs de tendances des dépenses de santé au Bénin

**Tableau 5: Indicateurs de tendances liés aux dépenses sanitaires du Bénin de 2002-2013**

<b>Population totale en 2013 : 9 671 592</b>
Produit intérieur brut (PIB) p.c. USD 782
Dépenses totales en santé (DTS) p.c. USD 38
Dépenses totales en santé (DTS) en % du PIB 4.8%
Dépenses des administrations publiques en santé (DGS) en% des DTS 52.8%
Régimes de sécurité sociale en % des DGS 0.5%
Dépenses du secteur privé en santé (DPvS) en % des DTS 47.2%
DGS en % des dépenses des administrations publiques 10.5%
Ressources externes consacrées à la santé en % des DTS 19.4%
Versements directs en % des DPvS 44.8%

Source: OMS 2010

L'analyse de ce tableau montre que la somme des dépenses des administrations publiques en santé et des dépenses privées de santé représentait 108,818 milliards de FCFA en 2005 et a progressé vers 146,261 milliards de FCFA en 2008, soit environ de 26 \$ à 38 \$ par habitant avec un taux de croissance de 34%. Ceci qui correspond à un passage de 4,5 % à 4,8 % du PIB respectivement à la même période (OMS (2010).

Au regard des statistiques de 2008, c'est l'Etat (52,8%) qui constituait la source principale de financement du secteur de la santé. Cependant, si en termes absolus l'Etat a fourni des efforts de 2005 à 2008 en allouant plus de ressources publiques à la santé, au regard de son budget général, la part de ce secteur a régressée, allant de 11,9% à 10,5%, demeurant ainsi en deçà du seuil des 15% préconisés par les Chefs de Gouvernements dans la Déclaration d'Abuja en 2000 (Kirigia et al. 2006).

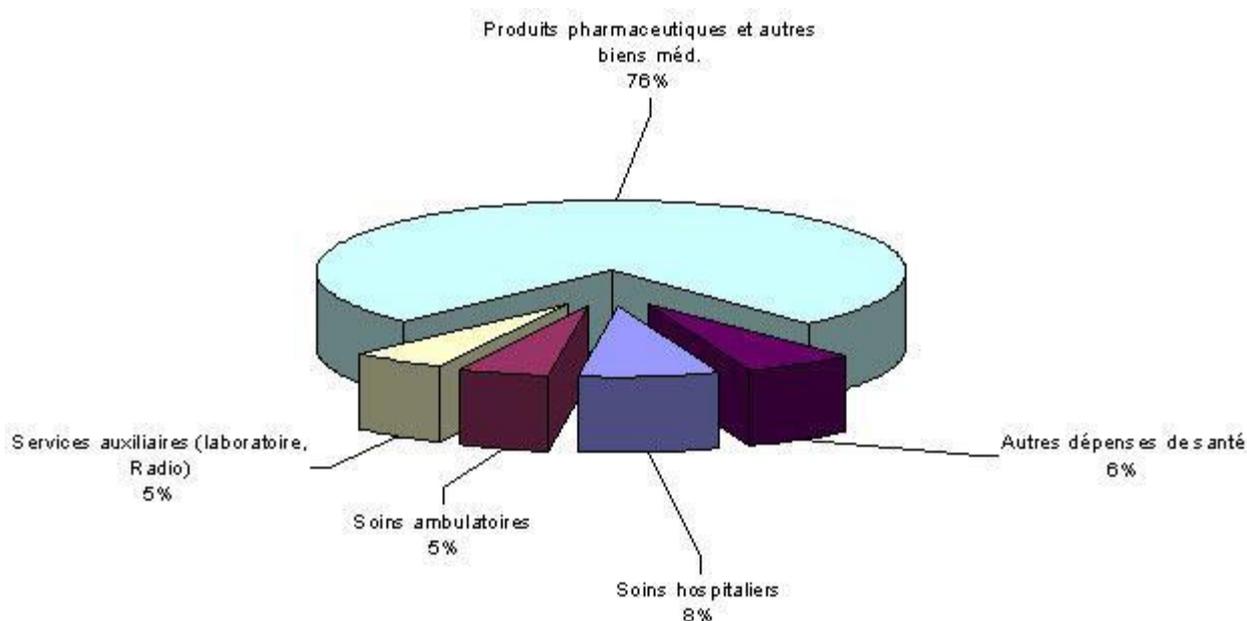
L'aide extérieure a pour sa part été marquée par une augmentation à hauteur de 40% de 2005 à 2008 où l'enveloppe globale a atteint 28,395 milliards, traduisant cependant une dépendance de l'état béninois par rapport aux ressources externes.

Selon les *Comptes Nationaux de la Santé* (CNS) pour l'année 2008, la dépense globale de santé au Bénin atteint 170 milliards (\$ 334 millions en \$ courant), soit CFA 18.500 F CFA (37\$), soit 4,6% du PIB.

### Les dépenses des ménages

Les dépenses privées de santé quant à elles, subissent une baisse progressive depuis 2006 où elles constituent la 2<sup>ème</sup> source de financement de la santé et ont atteint 47,2% des dépenses totales de santé en 2008. Les paiements directs des ménages représentent environ 95% de ces dépenses privées depuis 2005 avec près de 75% consacrées aux produits pharmaceutiques, 8% pour les soins hospitaliers, 5% pour les soins ambulatoires, 5% pour les services auxiliaires (laboratoires, imagerie médicale) et 6% pour les autres dépenses de santé selon les CNS 2005 (MSP 2010) de la même année.

### Graphique 3: Répartition de la dépense totale en santé par fonction au Bénin, 2003



Source : CNS, 2008.

Ces ratios nous renseignent sur le faible taux de pénétration des mécanismes de couverture du risque maladie dans ce pays où la pauvreté constitue une préoccupation majeure. Il est à penser qu'une partie de la population béninoise est exposée aux risques de "dépenses catastrophiques en santé" et que le poids financier de la maladie risque ainsi de favoriser l'appauvrissement des ménages.

Au regard de cette situation, l'on comprend aisément qu'une des problématiques majeures du système de santé du Bénin est constituée par l'inaccessibilité financière aux soins de santé avec pour conséquence une faible utilisation des services de santé.

### Le financement de la santé : Que retenir ?

Le financement de la santé est la fonction d'un système de santé concernée par la mobilisation, l'accumulation et l'affectation de fonds pour parer aux besoins des systèmes de santé individuels et collectifs. Ainsi d'après les Comptes Nationaux de la Santé il équivaut pour son volume à la Dépense Nationale de Santé qui englobe toutes les dépenses liées aux activités dont le but

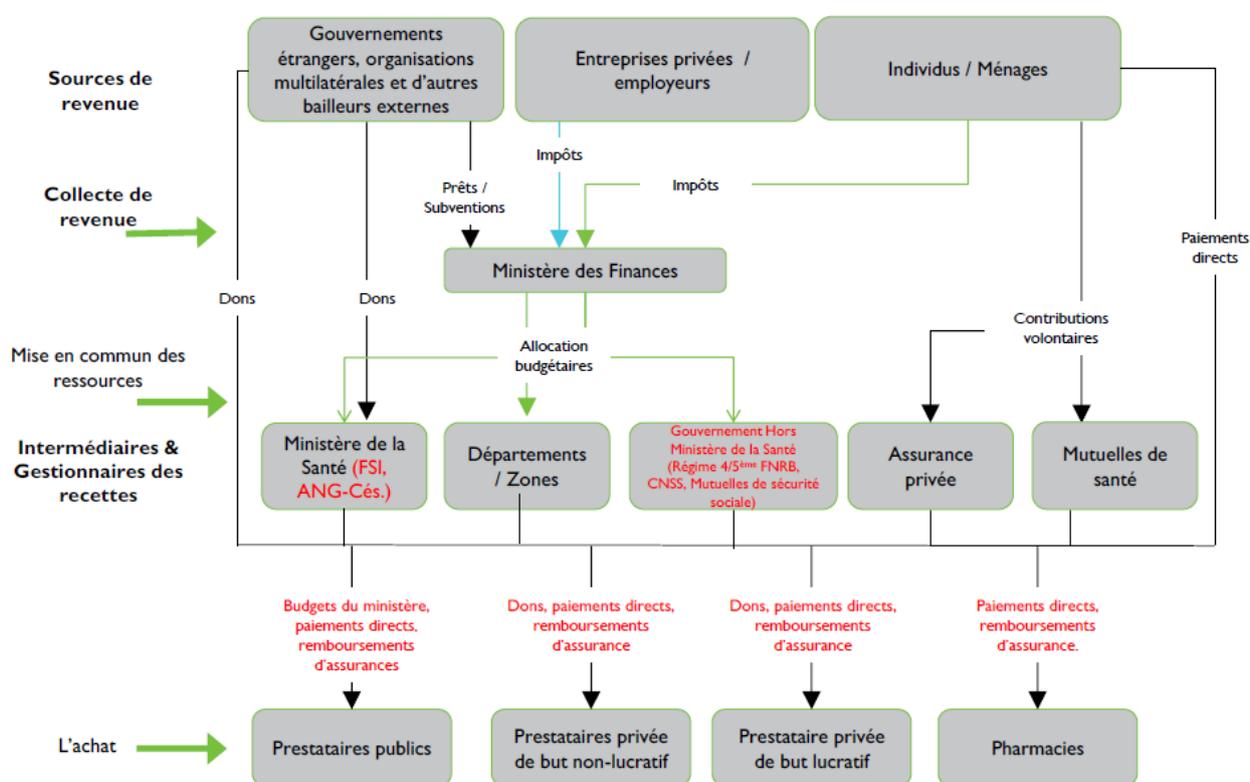
essentiel est de restaurer, améliorer et entretenir la santé d'une nation et des individus au cours d'une période définie.

Si l'on considère le financement du point de vue systémique, il peut être décomposé en trois grandes fonctions :

- la mobilisation des ressources (sources de financement),
- la mise en commun des ressources (intermédiaires de financement) et
- l'achat des prestations (mécanismes de paiement des prestataires).

Il est donc pratique de regarder le système par ses fonctions, sans oublier de s'interroger sur la façon dont ces fonctions sont orchestrées.

**Graphique 4: Un schéma simplifié du financement de la santé selon ses fonctions**



Source : USAID : Evaluation du système de santé du Bénin. Septembre 2012

### Le financement dans le monde selon l'atlas 2010

Selon l'atlas des dépenses de santé 2010 établi par l'OMS, le Bénin consacre \$ 275 millions à la santé, soit \$31 par habitant. Ce chiffre est en dessous des \$86 préconisés pour atteindre une couverture sanitaire universelle (McIntyre et Meheus 2014) et se situe loin derrière le Gabon (\$302) ou même du Ghana (\$67), du Nigéria (\$63) ou du Rwanda (\$56), presque au niveau du Burkina (\$40), du Kenya (\$37) ; il est au niveau du Mali (\$32).

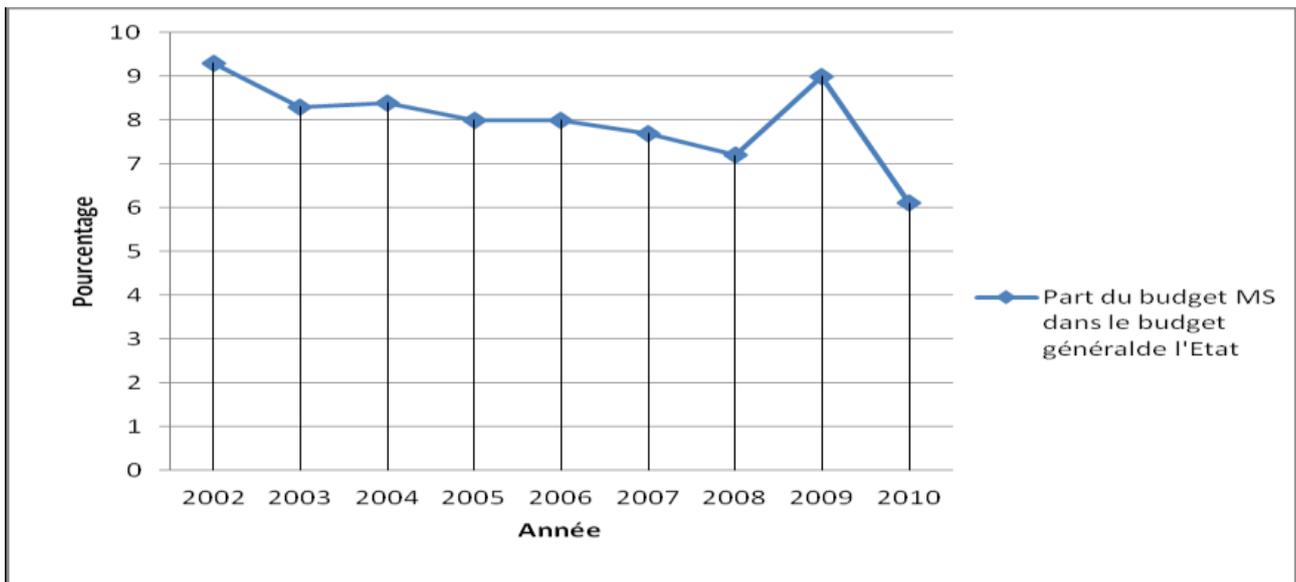
### Le financement de l'Etat (sources publiques)

Les sources publiques de financement de la santé sont donc constituées par l'ensemble des subventions notamment versées par le Ministère des Finances au Ministère de la santé et au

service de santé des Armées du Ministère de la Défense. A cet ensemble, il faut aussi ajouter les parts des subventions versées au Ministère des Enseignements Primaires, au Ministère des Enseignements Secondaires et Professionnels, au Ministère de l'Enseignement Supérieur et au Ministère de la Famille, de la Protection Sociale et de la Solidarité pour les prestations de soins et services de santé. Les collectivités locales participent également au financement de la santé à travers le recrutement d'agents de santé, la construction ou l'équipement des structures de soins de leur localité.

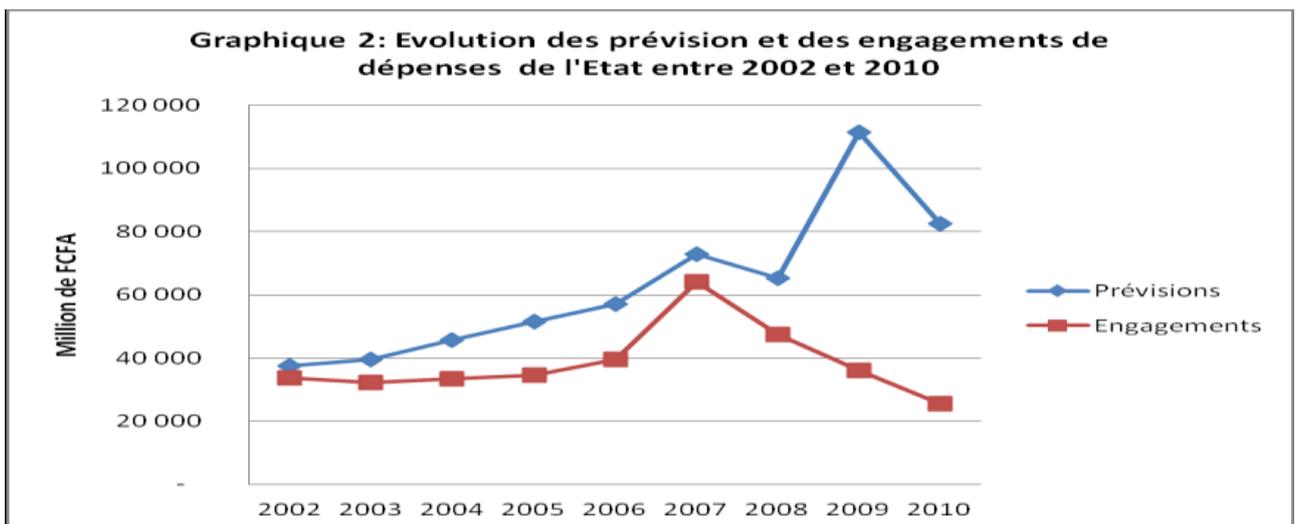
En plus, on note une forte variation relative à la part du Budget général de l'Etat comme le montre le graphique ci-dessous qui rend en compte son évolution de 2002-2010.

**Graphique 5: Evolution de la part du Budget de la santé dans le Budget général de l'Etat entre 2002 et 2010**



Source : DPP/MS, 2010.

**Graphique 6: Evolution des prévisions & engagement des dépenses santé de l'Etat (CDMT)**



Source : DPP/MS, 2010.

Les deux graphiques montrent que les budgets santé sont faibles (6% à 8%) et en diminution, que les engagements s'écartent des prévisions, et que au niveau régional le pays en termes de poids

du budget dans son PNB, se caractérise par une dépense publique en santé très faible en % du PIB (2%).

Par ailleurs, on note une forte variation relative par rapport aux indicateurs des dépenses de santé comme le présente le tableau ci-après en 2011

**Tableau 6: Indicateurs des dépenses de santé**

Indicateurs	Valeur 2011
Dépenses totales de santé en % du PIB	5%
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	53%
Dépenses privées de santé en % des dépenses totales de santé	47%
Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques	11%
Dépenses directes des ménages en % des dépenses privées de santé	91%
Dépenses directes des ménages en % des dépenses totales de santé	43 %
Dépenses des assurances de santé privées en % des dépenses privées de santé	7%
Dépenses totales de santé par habitant en parité de pouvoir d'achat (FCFA par US\$)	74 %
Dépenses publiques de santé par habitant en parité de pouvoir d'achat (FCFA par US\$)	40%
Dépenses totales de santé Million F CFA	157 594
Dépenses publiques en santé Million F CFA	83 936
Dépenses privées en santé Million F CFA	73 658
Assurances privées Million FCFA	5 267
Paiement direct des ménages Million FCFA	67 163
ONG (au service des ménages) Million FCFA	1 188

Source : <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?ws=0&d=1>

Par ailleurs, la comparaison dynamique du budget de la santé et des prévisions de cadrage budgétaire montre que les objectifs fixés par le gouvernement en matière de dépenses publiques pour la Santé ne sont pas encore atteints.

Le financement des services de santé couvre la stratégie de mobilisation des ressources et d'exécution des dépenses en vue d'atteindre les objectifs de santé. Au Bénin, ce financement est peu favorable à la demande des soins, car le niveau de revenu des populations est faible et la main-d'œuvre travaille principalement dans le secteur informel.

Les quatre principales sources contribuent au financement de la santé au Bénin :

- le financement par les ménages : selon les comptes nationaux de la santé réalisés en 2006, les ménages assurent 52 % des dépenses de santé ;
- le financement par l'Etat : l'Etat finance près de 31% des dépenses ;
- le financement par les collectivités locales est moins de 1% ;
- le financement par les Partenaires Techniques et Financiers est de 16%.

Les comptes nationaux de la santé montrent une évolution des indices du budget de l'Etat et de la santé. L'indice budget Etat connaît une croissance plus rapide. Ceci souligne que le secteur de la santé ne bénéficie pas encore de toute l'attention requise de l'Etat.

## Financement des dépenses par la communauté internationale

Le montant global du financement de la santé par la coopération internationale a atteint près de 23 256 572 000 F CFA en 2008 soit 46 513 144 \$US ou encore 5,655 \$US per capita en 2008.

Hormis l'appui budgétaire, la part du financement extérieur consacrée à la santé a fluctué entre 18,84% et 24,99% de 2003 à 2008 avec une moyenne de 20,86%. Les autres acteurs se répartissent environ les 80% restant de ce financement.

L'analyse fonctionnelle des crédits alloués par la communauté internationale révèle la primauté des soins ambulatoires (68% du financement), suivi de la prévention (17%), de l'administration (11%) et des soins hospitaliers (4%). Les ressources extérieures sont orientées prioritairement vers la lutte contre la maladie, le renforcement institutionnel, la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base, le développement hospitalier et la santé de la reproduction. Le tableau ci-après donne plus d'éclaircissements sur les sources extérieures

**Tableau 7: Sources de financement extérieur**

SOURCE DE FINAN.	Projection	Projection	Allocation	Projection	Projection	Projection
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BN	17 241	4 470	8 146	11 475	13 200	13 400
IDA	1 727	1 891	900	0	0	0
IDA(BOOSTER)	2 400	0	0	0	0	0
AUTRES PAYS	30	30	30	20	20	20
UNICEF	322	339	80	80	80	80
FED	0	0	0	0	0	0
OMS	456	451	148	148	148	148
FAC	1 000	0	130	470	870	870
IPB	0	0	0	0	0	0
JAPON	0	0	0	0	0	0
USA	400	250	200	200	200	200
FNUAP	400	200	200	200	200	200
FAD	0	0	0	0	0	0
SUISSE	149	0	0	0	0	0
AFD	0	0	0	400	500	500
BIDC	0	0	0	1 000	2 450	3 900
BID	0	4 241	0	1 915	0	0
KFW	0	0	0	0	0	0
PAYS BAS	400	900	900	400	400	400
ONG	360	275	288	288	288	288
GTZ	153	0	0	0	0	0
CHINE	919	0	0	0	0	0
PNUD	0	0	0	0	0	0
BELGE	1 662	3 043	2 756	1 169	484	484
FBB	0	0	0	0	0	0
FC	0	0	0	0	0	0
AFRF	0	0	0	0	0	0

BADEA	1 100	970	285	285	0	0
FONDS MONDIAL	2 475	4 607	4 370	1 525	6 525	6 525
FED ARIVA	0	0	0	0	0	0
PDRH	0	0	0	0	0	0
Fonds Saoudien			200	1 000	3 000	2 380
BAD	4 526	4 636	1 715	1 500	0	0
BAD(Dons)	400	0	0	0	0	0
DANIDA	257	0	0	0	0	0
BM	0	803	2 000	1 000	4 000	5 885
PMI	1 000	3 201	1 500	900	4 005	6 000
GAVI	2 000	3 673	2 998	2 200	5 300	4 300
RES.INT	17 241	4 470	8 146	11 475	13 200	13 400
RES.EXT	20 817	29 510	18 700	14 700	28 470	32 180
TOTAL	38 058	33 980	26 846	26 175	41 670	45 580
TOTAL	39 377	33 980	26 846	26 175	41 670	45 580
DONS	13 464	17 772	15 600	9 000	23 020	25 900
PRETS	7 353	11 738	3 100	5 700	5 450	6 280
RES.EXT	22 136	29 510	18 700	14 700	28 470	32 180

Source : Annuaire des statistiques sanitaires, MS, 2013.

## Financement de la santé par les collectivités locales

Les collectivités locales (CL) ont trait essentiellement à la prévention sanitaire collective en termes d'hygiène et de salubrité publique. Aujourd'hui avec la décentralisation et l'autonomie donnée aux communes, elles interviennent tout comme le MS au niveau de toutes les fonctions, même si cette intervention demeure encore très marginale (0,1% de la dépense totale de santé au Bénin) en raison du faible niveau de transfert de compétences et des ressources. Avec l'instauration du Fonds d'Appui au Développement des Communes (FADEC) et son extension au Programme d'Investissements Publics, la part de la dépense des collectivités va s'améliorer.

Même si l'on considère que la part allouée à l'administration publique de santé serait amplifiée par la comptabilisation des salaires et primes, elle demeure tout de même très importante. On observe surtout, une très faible part des dépenses publiques allouées aux structures du premier échelon de la pyramide sanitaire.

## 4.2 Autres mécanismes de couverture du risque maladie au Bénin

### Le Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin

Le Conseil des Ministres, en sa séance du 21 mai 2008, a lancé le processus de mise en place du RAMU. Le lancement officiel du Régime d'Assurance Maladie a eu lieu au Palais des Congrès de Cotonou par SE le Dr Boni YAYI, Président de la République, le 19 Décembre 2011.

L'Agence Nationale d'Assurance Maladie « ANAM » a été créée par Décret N° 2011-089 du 8 mai 2012, et la loi sur le RAMU pourrait être adoptée dans l'année (2014). Celle-ci décrit le choix d'un régime unique (paquet de soins unique pour tous), soit universel. L'opérationnalisation est en cours.

## **Loi sur le régime d'assurance maladie universelle**

La loi est actuellement au niveau du Conseil des Ministres, et sera sous peu remise à l'Assemblée Nationale. La loi stipule clairement que le Bénin met en place un régime unique obligatoire pour tous. Les décrets d'application sont en cours d'élaboration ; ils expliciteront notamment les conditions de financement du système, de prise en charge des assurés, de gestion financière et de gestion du risque, ou encore des relations contractuelles avec les prestataires de soins.

### **Ancrage institutionnel**

Un Comité de Pilotage Interministériel est en cours de constitution par Arrêté ministériel. Il répondra au souci d'un leadership national sur le RAMU, tout en assurant la continuité de la Tutelle technique par le Ministère de la Santé.

### **Financement pérenne**

Le financement par cotisation ne concerne pas la catégorie de la population qui sera identifiée comme « démunie ». Il s'agit de « la population active non occupée », évaluée à 15% de la population totale.

Le secteur formel contribuera à hauteur de ses revenus, sous la forme d'une part « employeur » et une part « employé » égale et d'un montant à déterminer, qui pourrait être dans la fourchette <2% ; 2,5%> du salaire et plafonnée.

L'ANAM est un établissement public doté d'une autonomie administrative et financière, en est la structure en charge de la gestion.

Ce régime obligatoire d'assurance maladie couvre les risques liés à la maladie, aux accidents et maladie non professionnels et à la maternité.

L'effort notable de l'Etat dans l'instauration de l'assurance maladie est une première étape positive vers la couverture sanitaire universelle au Bénin. Cependant, le système comme actuellement défini ne présente pas un caractère parfaitement équitable puisqu'il cible un groupe de la population déjà privilégié de par sa situation professionnelle. L'assurance maladie obligatoire couvre moins de 15% de la population.

Il serait donc bénéfique d'étendre au plus vite l'accès à l'assurance maladie aux groupes les plus vulnérables.

Le secteur informel contribuera également en fonction de ses revenus, qui seront évalués. La logique qui prévaut est en effet pour le secteur dit « informel » de le formaliser dans le cadre du régime, en faisant usage de l'identification biométrique et de l'enregistrement des assurés. La cotisation des individus exerçant une activité suivra alors les tranches appliquées au secteur formel, la différence étant que les individus sans autre employeur qu'eux-mêmes n'activeront pas le paiement d'une part « employeur ».

Par ailleurs la cotisation est de FCFA 1000 par an pour les enfants de moins de 15 ans. Les adhésions seront familiales mais les cotisations sont donc fixées par individus.

Les modalités (périodicité, ouverture et fermeture, périodes de stage...) seront déterminées dans le cadre des décrets et autres règlements.

Le gouvernement a pris acte de la part publique nécessairement majoritaire dans le financement du RAMU. Il est à pied d'œuvre pour définir rapidement son mécanisme de financement pérenne.

Les projections financières ont permis d'évaluer les besoins de financement public pour les prochaines années. L'Etat a d'ores et déjà sécurisé un montant de FCFA 15 milliards pour l'année 2014 pour le paiement des prestations et la mise en œuvre du dispositif.

Des simulations de financement sont faites Elles mettent en jeu 3 grands paramètres qui seront au cœur de la prise de décision : le niveau du paquet de soins par son coût ; la vitesse d'extension de la couverture à l'ensemble de la population ; la contribution étatique.

### **Sur le plan de la mobilisation des ressources**

La stratégie envisage la nécessité de l'augmentation des ressources pour le secteur, et prioritairement des ressources publiques, à destination notamment du Ministère de la Santé. Le secteur de la Santé devra obtenir une part du budget de l'Etat au moins égale à 15%. Dans le cadre des négociations budgétaires, le Ministère compte sur ses efforts en matière de redevabilité.

Le financement du RAMU est envisagé au-delà du budget existant, sur des taxes financières définies par la loi. La couverture universelle n'est pas entendue simplement comme un objectif « santé » mais bien comme une vision de société ; aussi la couverture maladie universelle, outil privilégié pour y accéder dans la stratégie du Bénin, ne peut se contenter d'allocations budgétaires dans les limites actuelles des arbitrages possibles en faveur de la santé. Le RAMU bénéficiera donc de financements collectifs à la hauteur de l'ambition qu'on lui donne. En ce sens, l'engagement d'Abuja n'est ni un horizon ni une limite, mais plutôt un point de départ.

### **Sur le plan de la mutualisation des ressources**

A l'opposé de la situation existante, il sera constitué un pooling national dans le cadre du RAMU, y compris dans les conditions de gestion déléguée aux mutuelles de la fonction de collecte. Il n'y aura à terme qu'un fonds unique pour ce qui concerne les mécanismes de prise en charge, le RAMU intégrant l'ensemble des mécanismes de « gratuité ».

### **Soutien des Partenaires Techniques et financiers au processus du RAMU**

Pour accompagner la forte volonté exprimée à travers l'engagement personnel du Chef de l'Etat, les parlementaires techniques et financiers du Bénin ont exprimé leur ferme disponibilité à apporter une assistance au processus de mise en œuvre du RAMU. Il s'agit notamment de : l'AFD, la Banque Mondiale, les Coopération suisse et française, l'OMS (regroupés au sein du réseau P4H), la Coopération belge, le FNUAP, l'UNICEF et l'USAID.

### **Assurance Maladie privée**

L'assurance maladie privée se limite aux personnels des entreprises privées et semi-privées. Très peu de compagnies d'assurance s'intéressent au risque maladie. Cependant, il faut noter ces dernières années entre 2003 et 2008 une évolution de 0,3% à 3% de la part des compagnies d'assurance dans les dépenses totales de santé (CNS 2003 et 2008). Ces assurances couvraient en 2008 environ 45.000 travailleurs, soit 270.000 bénéficiaires avec les ayant-droits.

### **Mutuelles de santé**

On observe au Bénin plusieurs types de micro assurance santé. Les plus répandues sont les mutuelles de santé qui datent des années 90. De manière générale, il est à noter que la majorité des mutuelles de santé couvrent les petits risques (consultation curative primaire, consultation pré/post-natale, accouchement normal, médicaments essentiels, ...) qui sont pris en charge techniquement au niveau des dispensaires, centres de santé d'arrondissement et centres de santé

communaux. Un tableau sommaire sur la cartographie de la couverture territoriale des mutuelles de santé réalisée par AFRIC'MUTUALITE en 2011 montre que :

- ✓ 207 arrondissements sur les 545 sont couverts par une initiative de mutuelle de santé, soit 38% du territoire,
- ✓ 53 arrondissements sont en cours de couverture, soit 10% du territoire,
- ✓ 285 arrondissements sur 545, soit 52%, ne sont pas couverts.

**Tableau 8: Comparaison des mutuelles et de leur état de fonctionnement parmi plusieurs pays d'Afrique Sub-Saharienne**

Pays	Mutuelles fonctionnelles	Mutuelles en création	Projets de mutuelle	Mutuelles en difficulté	Total
Bénin	43	8	5		56
Burkina Faso	36	34	17	4	91
Cameroun	22	6	9	2	39
Côte d'Ivoire	36	1		3	40
Guinée	55	36	10	10	111
Mali	56	16	3	4	79
Mauritanie	3		4		7
Niger	12	3	2	1	18
Sénégal	87	36	17	9	149
Tchad	7				7
Togo	9	2	14		25

### Initiatives en faveur des populations démunies et vulnérables

Il faut noter que le gouvernement fait d'importants efforts pour améliorer l'accès aux soins de santé essentiels des plus vulnérables. On peut citer, entre autres :

- La subvention de la césarienne par l'Etat à 100%, effective depuis mai 2006 dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ; ceci a permis d'augmenter le taux de césarienne et de sauver ainsi des vies de nombreuses femmes et nouveau-nés ;
- la gratuité des Anti-Rétro-Viraux (ARV) décrétée 2006 ;
- et récemment, la gratuité de la prise en charge du paludisme pour tous les enfants de moins de 5ans.

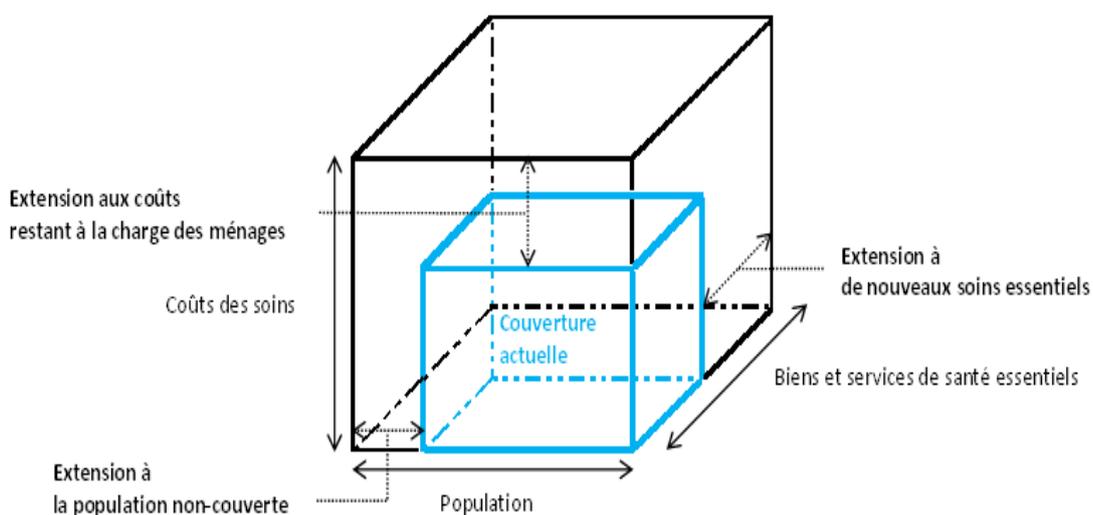
## 5 La couverture sanitaire universelle au Benin

### 5.1 Définition de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)

La définition de la CSU retenue par les délégations de l'Assemblée Générale des Nations Unies en décembre 2012, permet de couvrir un large spectre de conditions, sans restreindre la protection sociale en santé à un modèle unique. Selon elles, « **La couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès, sans discrimination, à des services de base, définis au niveau national, pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement et de la réadaptation et à des médicaments de base, sûrs, abordables, efficaces et de qualité, tout en faisant en sorte que leur coût n'entraîne pas de difficultés financières pour les usagers, en particulier les pauvres, les personnes vulnérables et les couches marginalisées de la population.** »

Offrir une couverture sanitaire universelle (CSU) à la population a été identifié comme un objectif primordial dans la majorité des pays à faible et moyen revenu (voir OMS 2010<sup>2</sup>).

**Graphique 7: Cube OMS : couverture sanitaire universelle<sup>3</sup>**



Les pays de l'Afrique de l'Ouest, et en particulier le Bénin, ont ainsi choisi d'œuvrer vers la réalisation d'une couverture sanitaire universelle à court et moyen terme.

Réaliser cette ambition implique un besoin de ressources financières visant à soutenir une augmentation de la quantité et de la qualité de l'offre de soins, ainsi qu'une meilleure protection financière pour la population. Le Bénin étant un pays à faible revenu, les ressources disponibles affectées à la santé à travers le budget de l'Etat sont limitées. Comme mentionné dans le chapitre précédent, les coûts de la santé restent largement à la charge des ménages, ce qui est contraire au principe d'équité et de progressivité qui sont les éléments fondamentaux de la CSU.

Conscient de ces difficultés, le gouvernement Béninois à travers le ministère de la santé, avec l'appui de l'OMS, s'est donc engagé dans une réflexion visant à identifier des sources de financement "innovantes" permettant de soutenir l'objectif de la CSU et par conséquent d'améliorer

<sup>2</sup>WHO (2010), Health financing: the path to universal coverage, World Health Report 2010.

<sup>3</sup> Source : WHO (2010) World Health Report : *healthfinancing – the path to universalcoverage*

l'accès aux soins de santé de la population Béninoise, en particulier les populations démunies et vulnérables.

## 5.2 Création d'espace fiscal

Afin de pouvoir financer l'ambition d'atteindre une couverture sanitaire universelle, des ressources additionnelles doivent être identifiées. Ces ressources peuvent provenir d'une augmentation de la dette, d'une augmentation du revenu national alloué à la santé ainsi qu'une augmentation du revenu national à travers des méthodes de financement innovantes par exemple, une augmentation de l'efficacité dans les dépenses, ou enfin une augmentation de l'aide internationale (voie espace fiscal ci-dessous).

Cette étude s'est particulièrement penchée sur les méthodes innovantes de financement et leur potentiel de création d'espace fiscal.

## 5.3 Le déficit financier pour la CMU

Comme mentionné ci-dessus, au Bénin, l'ensemble des dépenses de santé a été largement tributaire des dépenses individuelles qui représentaient 40 % de l'ensemble des dépenses de santé ces cinq dernières années. Les dépenses publiques en matière de santé augmentent, mais restent inférieures au tiers de l'ensemble des dépenses en 2013 (31 %). La part du secteur privé est faible et a progressé lentement pour atteindre environ 5 % du total des dépenses de santé. Le secteur a largement eu recours aux donateurs internationaux, pour environ 28 % des dépenses de santé totales des cinq dernières années, mais ce financement externe est en déclin. Ce concours se situe maintenant à seulement 23 % de l'ensemble des dépenses de santé et le climat international suggère la poursuite à moyen terme de cette tendance baissière (cf. l'Annexe sur la méthodologie, partie A4).

Comme préalablement mentionné, le Bénin dispose d'un plan à moyen terme pour atteindre une couverture sanitaire universelle. Pour y parvenir, il faudra une augmentation durable des financements nationaux pour la santé, en particulier compte tenu de la baisse anticipée du financement externe. Cette section examinera les besoins en ressources pour la couverture de santé universelle au Bénin et les confrontera avec le niveau de financement actuel pour la santé. Ces projections seront faites dans le but d'estimer le volume du déficit financier pour le secteur de la santé au cours des dix prochaines années.

Une méthodologie détaillée complète figure en Annexe. Cette étude sera effectuée grâce à un cadre macroéconomique intégrant les dépenses de santé. Les données macroéconomiques proviennent de l'Article IV des statuts du FMI et de la base de données 2015 des perspectives de l'économie mondiale (*World Economic Outlook*) du FMI, le Gouvernement du Bénin ayant approuvé les données de référence et les projections à moyen terme. Les données sur le financement de la santé sont issues de la base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé, comprenant les données sur le Bénin.

Les besoins en ressources pour la santé au Bénin sont fournis grâce aux informations extraites d'une étude internationale réalisée par McIntyre et Mehues (2014), qui énonce que pour qu'un pays atteigne la couverture de santé universelle, un minimum de 86 USD/habitant doit être consacré à la santé. Il est à noter que seuls les dépenses publiques de santé et les flux extérieurs sont confrontés à cette exigence de ressources minimales pour la couverture de santé universelle. L'élément clé d'analyse consiste à évaluer le niveau de durabilité intérieure au cours des dix prochaines années. Le financement public pour la santé est l'élément essentiel, lequel est

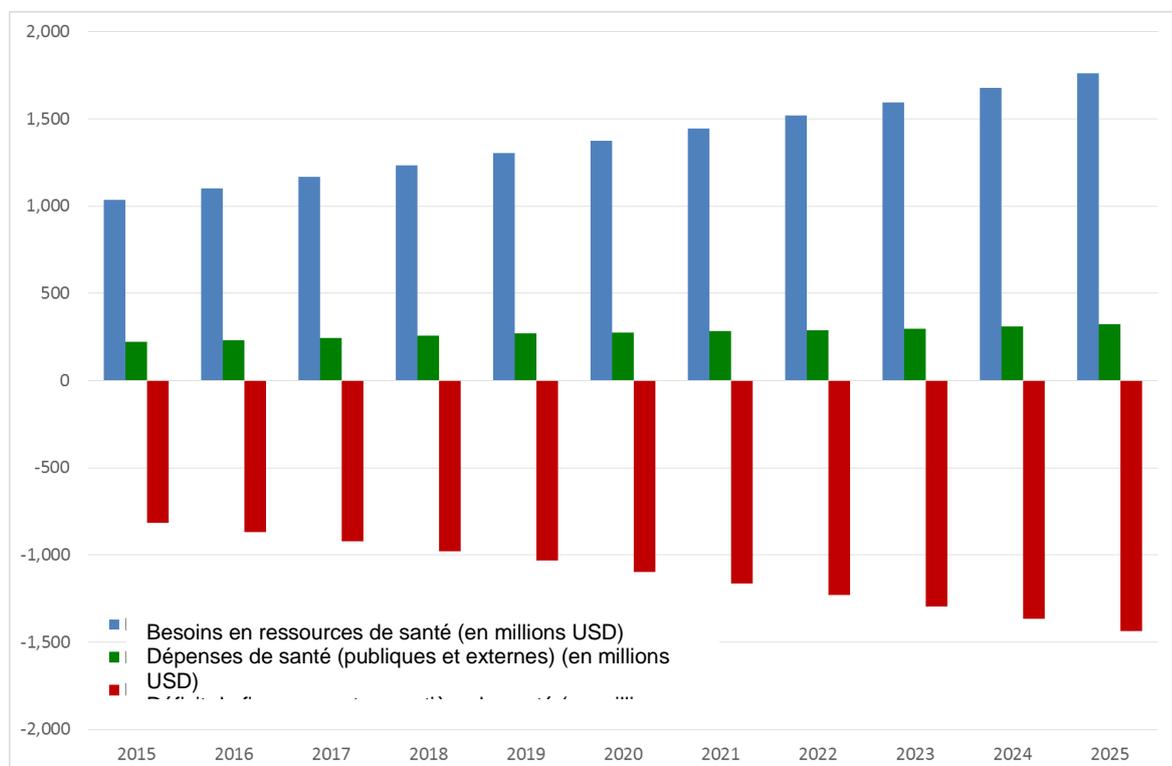
actuellement pris en charge par les donateurs. Il faut aussi noter que ce 'benchmark' est indicatif, et doit être conçu comme but dans le long terme plutôt qu'une exigence immédiate.

Si l'on considère que les besoins en ressources sont de 86 USD/habitant et si on les compare aux dépenses officielles de santé au Bénin, on obtient un déficit de 0,8 milliard USD en 2015, un déficit qui devrait augmenter de 1,4 milliard d'ici à 2025, comme en témoigne le Graphique 8. Ce déficit croissant est fonction de la dotation budgétaire actuelle pour la santé avoisinant les 6 % des dépenses publiques totales (un seuil qui devrait se maintenir à ce niveau selon les projections) ainsi que du déclin continu de l'apport des donateurs. En proportion du PIB, ce déficit représente en moyenne 9 % par an et 36 % des dépenses totales du gouvernement.

Il est à noter que cet écart peut être plus grand que prévu puisque les dépenses individuelles, qui représentaient 40 % des dépenses de santé totales au cours des cinq dernières années, ont été soustraites des dépenses disponibles. Même en tenant compte de toutes les dépenses, les dépenses de santé totales par habitant s'élevaient seulement à 36 USD en 2013 par rapport aux besoins de ressources internationales qui se montaient à 86 USD/habitant. En outre, les dépenses officielles supposent qu'aucune mesure politique n'est prise en réaction à la baisse des fonds des donateurs et que l'investissement public dans la santé reste aux niveaux actuels.

En résumé, cet écart montre l'espace fiscal que le gouvernement aurait besoin de combler avec des fonds externes en baisse, le montant qu'il devrait augmenter afin de compenser les dépenses individuelles catastrophiques et ainsi répondre aux besoins liés à la couverture de santé universelle.

**Graphique 8: projections du déficit de financement pour la santé (en millions USD)**



Remarque : les dépenses de santé excluent ici les dépenses individuelles et le secteur privé. Le forfait de base de la couverture santé universelle de 86 USD/habitant est fixé par rapport aux prévisions de dépenses publiques en matière de santé. Cela reflète les besoins financiers réels pour qu'un gouvernement vise à atteindre pour atteindre une couverture nationale de santé universelle durable.

Le modèle macroéconomique intègre un relèvement du niveau d'imposition : de 17,5 % du ratio du PIB actuel à près de 19 % d'ici à 2019 (selon le FMI). Par la suite, les projections à plus long terme

supposent qu'avec l'augmentation du PIB du Bénin, le revenu par habitant passera à celui des pays à revenu intermédiaire (> 1 045 USD selon les définitions de la Banque mondiale). Ce taux moyen d'imposition/PIB pour les pays à revenu intermédiaire est de 24 % et ainsi, le modèle suppose qu'il sera atteint d'ici 2025. Il faudra par conséquent que les orientations politiques mettent l'accent sur des réformes fiscales générales, ce qui peut s'avérer être un processus au long cours. Le ratio impôt/PIB est un élément clé dans la création d'un espace budgétaire pour la santé. Le relèvement du niveau d'imposition peut augmenter les recettes intérieures disponibles pour la santé au cours des dix prochaines années. En effet, en tenant compte de cette hypothèse, les projections pour le budget de la santé indiquent une augmentation, passant de près de 130 millions USD en 2015 à plus de 300 millions USD en 2025. Pourtant, comme indiqué plus haut, cela est insuffisant pour répondre aux besoins de la couverture santé universelle au Bénin.

## 6 Les 5 mécanismes innovants pour la CMU

Le déficit fiscal étant indéniable, nous nous sommes donc penchés sur les mécanismes innovants qui pourraient contribuer à le combler. Ce chapitre analyse chacun des mécanismes sélectionnés afin de déterminer leur potentiel au niveau politique et de création d'espace fiscal.

### 6.1 Processus de sélection des mécanismes de financement innovants

De nombreux mécanismes innovants ont déjà été identifiés au niveau international pour financer la CSU (voir OMS 2010 par exemple). De plus, le cabinet Oxford Policy Management (OPM) avait déjà procédé à d'autres études visant à identifier ce type de mécanisme pour le financement du VIH/ SIDA et pour la CSU. Ainsi, et sur la base de cette expérience internationale, une liste de 21 mécanismes potentiels a été établie.

Des entretiens individuels avec le Ministre de la Santé, le Secrétaire Général du Ministère de la Santé (SGM) et l'Economiste Principal du PNUD ont été menés du 20 octobre 2014 au 10 novembre 2014. Ce qui a permis de retenir une liste préalable de 5 mécanismes présentés dans le rapport préliminaire de Novembre 2014.

Dans le souci d'une consultation plus large afin de s'assurer de retenir les mécanismes faisant plus l'unanimité, le Ministère de la Santé en collaboration avec OPM et OMS-Bénin a organisé le 05/03/2015 un atelier de cadrage méthodologique à Cotonou. L'Atelier a été le lieu pour les uns et les autres de se familiariser avec le concept de financement innovant et de son potentiel pour le système de santé béninois. Cet atelier, qui a regroupé près de 60 participants provenant des directions techniques et centrales des ministères, des institutions et entreprises publiques, des acteurs du secteur privé a connu la participation effective de Madame le Ministre de la Santé qui a rejoint la séance pour une allocution insistant sur l'importance des résultats attendus de cet atelier.

L'objectif principal de cet atelier et entretiens était de s'assurer de l'implication de toutes les parties prenantes dans ce travail d'analyse. Ainsi la prise en considération du point de vue de ces parties prenantes dans la sélection des mécanismes à retenir pour notre analyse approfondie était essentielle.

Il s'agissait de façon spécifique de :

- Initier et guider l'analyse sur le financement innovant et son potentiel à mobiliser les ressources additionnelle intérieure
- Mener une première réflexion avec les acteurs clés des différents ministères et groupes d'intérêts pour orienter l'équipe de travail

Après présentation de toutes les possibilités de mécanismes innovants à la disposition du Benin, les participants à l'atelier ont délibéré en petits groupes puis en plénière des mécanismes leur semblant plus pertinents, et ont été guidés dans leur réflexion par les questions ci-dessous :

- **Faisabilité politique:** le mécanisme de financement propose-t-il de créer des réticences au niveau politique (que ce soit de la part du gouvernement ou de la société civile)? La proposition irait-elle à l'encontre d'accords explicites ou implicites entre parties prenantes ?
- **Pérennité:** Le mécanisme sera-t-il applicable dans le temps ?
- **Stabilité:** dans quelle mesure le mécanisme de financement offre-t-il une source de revenus stable ?

- **Progressivité** : Dans quelle mesure le mécanisme de financement permet-il à ceux ayant des revenus plus élevés de contribuer à une plus large proportion de leurs revenus que ceux aux revenus plus modestes (équité verticale) ? Le mécanisme est-il équitable horizontalement (les personnes ayant le même revenu payent-t-ils les mêmes droits)?
- Effets collatéraux. Le mécanisme a-t-il des effets collatéraux positifs ou négatifs (efficacité économique, impact sur les comportements, impact sur le contrat social, etc.) ?
- **Gouvernance**. Les arrangements institutionnels et opérationnels sont-ils en place pour implémenter ce mécanisme? Quels seraient les risques de fraudes, corruption découlant de la mise en œuvre de ce mécanisme et que faire pour en réduire les risques?

Après analyse des propositions faites par les participants à l'atelier, une présélection a été accordée en plénière ; produits GSM, transactions financières, boissons, loterie, prélèvement CNSS. Ces mécanismes ont donc été identifiés par les participants comme offrant un potentiel important pour le financement de la santé au Benin.

Les consultants ont par la suite intégrés les entretiens et analyse déjà entrepris lors de la phase initiale de ces travaux : la taxe sur les billets d'avion avait été identifiée comme porteuse dans le rapport préliminaire après des entretiens semi-structurés avec quelques parties prenantes en Novembre et Décembre. De plus, la taxe additionnelle proposée par le groupe sur la CNSS a été supprimée de la liste puisque le prélèvement pour financer la CNSS est lui-même une taxe pour la santé.

Ainsi, considérant les délibérations de toutes les parties prenantes et les entretiens préalables, la liste finale sélectionnée pour analyse inclut :

- la taxe sur les produits GSM;
- la taxe sur les transactions financières
- la taxe sur les boissons;
- la taxe sur les produits de la loterie;
- la taxe sur les billets d'avion.

## 6.2 Taxe sur les billets d'avion

L'un des mécanismes de financement novateurs actuellement mis en œuvre dans un certain nombre de pays européens, ainsi que dans quelques pays africains, est la taxe de solidarité sur les billets d'avion.

### 6.2.1 Littérature internationale

#### Les arguments contre l'introduction de cette taxe

Certains opposants à cette taxe font valoir que le prélèvement de cette taxe aura pour effet de réduire la demande pour les billets d'avion et ne permettra donc pas de générer les revenus escomptés.

#### Les arguments en faveur de l'introduction de cette taxe

Des données probantes indiquent que l'élasticité-prix de la demande en billets d'avion est faible et que le secteur des transports aériens n'est pas affecté par une taxe supplémentaire sur les billets d'avion. Celle-ci est en outre faible par rapport au coût de chaque voyage par air (OMS, 2007).

De plus, un tel prélèvement s'inscrit dans le **long terme et est prévisible** ; les transports aériens sont en pleine croissance et devraient continuer à progresser au cours des années à venir. Le principal avantage de la taxe de solidarité sur les billets d'avion est qu'elle peut être mise en œuvre dans les pays participants, même si d'autres pays ne souhaitent pas prendre part à l'initiative.

**La taxe de solidarité est aussi économiquement neutre.** En effet, une étude commanditée par l'AITA (Association internationale du transport aérien), suggère que l'application généralisée d'un prélèvement minime n'aurait que peu d'effets sur la demande en billets d'avion. Ce rapport (Intervistas (2007) Estimating Air Travel Demand Elasticities) conclut :

*« Si toutes les compagnies aériennes présentent sur un large éventail de liaisons augmentent leurs tarifs dans des montants à peu près similaires (par exemple en raison de l'imposition de nouvelles taxes applicables à l'ensemble du marché ou en raison d'une hausse des coûts de carburant ou des frais de sécurité), alors l'ordre de grandeur de la baisse du trafic sera probablement inférieur voire très inférieur à l'augmentation des tarifs. (En d'autres termes, l'augmentation généralisée des tarifs des compagnies aériennes sur un large éventail de marchés semble être inélastique au prix.) »*

Cette taxe est aussi **progressive**. En effet dans les pays riches ou en développement, les passagers aériens ne font que rarement partie de la classe des plus pauvres. Une taxe sur les billets d'avion est donc progressive, particulièrement si elle est plus élevée pour les billets en classe affaire et première classe.

Enfin, cette taxe est **facile à implémenter** : en termes pratiques, cette taxe peut être appliquée à l'achat du billet. De plus, la littérature démontre que le coût administratif de cette taxe est limité.<sup>4</sup>

### Exemples au niveau international

**UNITAID**, la Facilité internationale d'achat de médicaments, a été créée spécifiquement pour superviser l'utilisation des recettes de la taxe de solidarité sur les billets d'avion. La mission d'UNITAID consiste à assurer aux populations des pays en développement un accès à long terme à des médicaments de qualité pour le traitement de maladies telles que le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, en s'employant à obtenir les prix les plus bas possible (OMS, 2007). Créée en 2006 sur l'initiative du Brésil, de la France, du Chili, de la Norvège et du Royaume-Uni, cette organisation compte aujourd'hui 34 pays membres, dont la majorité contribue grâce à des taxes de solidarité sur les billets d'avion. Plus de 70 % du financement à long terme de l'UNITAID, soit environ 250 millions USD par an, provient d'une taxe de solidarité appliquée à chaque billet d'avion acheté dans les pays participants. On estime que près d'un milliard de dollars a été généré à partir de la taxe de solidarité UNITAID et consacrée à la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose (MS, 2010) et ce dans 94 pays dans le monde. À l'issue d'une réunion organisée à Genève en juin 2010, il a été décidé d'intensifier les efforts visant à mobiliser davantage de pays sur l'application d'un prélèvement de solidarité sur les billets d'avion, de façon à collecter des fonds supplémentaires pour soutenir les efforts pour l'atteinte de l'ODD 6 (combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies) et pour impacter la réalisation des ODD 4 et R (santé des enfants et santé maternelle).

**UNITAID** compte 28 États et une fondation parmi ses membres à savoir : Afrique du Sud, Bénin, Brésil, Burkina Faso, Cameroun, Chili, Chypre, Congo, Côte d'Ivoire, Espagne, France, Gabon, Guinée, Liberia, Luxembourg, Madagascar, Mali, Maroc, Maurice, Namibie, Niger, Norvège,

<sup>4</sup>Breton, Thierry (2005) Pilot project of a solidarity contribution on plane tickets. High Level Dialogue on Financing for Development (New York, June, 27 2005)

République centrafricaine, République de Corée, Royaume-Uni, Sao Tome-et-Principe, Sénégal, Togo et Fondation Bill and Melinda Gates.

**La France**, est le premier pays à avoir mis en œuvre, en 2006, une taxe de solidarité internationale sur les billets d'avion et imposé un prélèvement de un euro sur tous les vols européens en classe économique, 10 euros en classe affaire et de quarante euros sur les vols internationaux au départ de son territoire. Cette taxe a rapporté en France 45,01 millions d'euros en 2006 et 185 millions d'euros en 2012. Elle va être majorée de 12.7% en 2014.

**La République de Corée**, joue un rôle pionnier sur la scène internationale en matière de taxe sur les billets d'avion pour le financement de la santé. En effet, en 2007, la République de Corée a été le premier pays d'Asie à prélever une taxe sur les billets d'avion. La taxe de d'environ 1\$ US, « contribution à l'éradication de la pauvreté dans le monde », est appliquée à tous les vols au départ de la Corée. La moitié environ des quelques 13,56 millions d'euros recueillis chaque année a été allouée à UNITAID.

Au **Chili** une taxe uniforme de \$US2 est facturée à tous les passagers à l'international voyageant de Santiago de Chili. Elle a permis de collecter 24,04 millions de \$ US de 2006 à 2012 dont 3,64 millions de \$ US pour la seule année 2012.

EN Afrique plus spécifiquement, grâce à une croissance économique élevée, le trafic aérien est de plus en plus soutenu en Afrique. Ainsi, certains pays africains ont décidé, en mettant en œuvre la taxe sur les billets d'avion, de contribuer directement aux actions internationales visant à remédier aux problèmes sanitaires mondiaux (voir tableau ci-dessous).

**Tableau 9: Contribution des pays africains à UNITAID**

Membres donateurs	Contribution 2006-2012 en milliers de \$ US	Contribution 2012 en milliers de \$ US
Cameroun	1430	412
Congo	1090	
Guinée	49	
Madagascar	30	3
Mali	928	
Maurice	8741	1709
Niger	281	

Sources : UNITAID rapport 2012

Le Cameroun fait ici figure d'exemple pour les pays africains subsaharien. En effet, première puissance économique d'Afrique centrale, la prévalence du VIH y est de 5,3 %. Depuis 2006, UNITAID a financé des projets au Cameroun pour un montant total de 17 millions de dollars. Le Cameroun, membre d'UNITAID, est également devenu pays donateur grâce aux recettes de la taxe sur les billets d'avion depuis août 2011. Ces fonds ont contribué à créer un marché pour les

soins pédiatriques du VIH, à fournir des traitements à des milliers de mères séropositives afin de prévenir la transmission du virus à leurs nouveau-nés et de distribuer des antituberculeux pour enfants et adultes.

## 6.2.2 Contexte Béninois

### La structure existante

La régulation du secteur des transports aériens dans le monde entier est assurée par l'OACI (Organisation de l'Aviation Civile Internationale), qui est une institution de l'ONU et dont le Bénin est membre. Sur le plan sous régional, le Bénin est membre de l'UEMOA (Union Economique et Monétaire Ouest Africaine).

La mise en œuvre de la politique aéronautique définie par le gouvernement et du contrôle de l'ensemble des activités aéronautiques s'exerçant sur le territoire béninois étaient assurés par l'Agence Nationale de l'Aviation Civile (ANAC Bénin).

Le Bénin dispose d'un aéroport de classe internationale à Cotonou (l'Aéroport International Cardinal Bernardin Gantin). Il dispose aussi de cinq aérodromes de taille modeste situés à Savè, Parakou, Kandi, Porga et Natitingou. La gestion technique et commerciale de l'aéroport de Cotonou est confiée à l'Agence pour la Sécurité de la Navigation Aérienne en Afrique et à Madagascar (ASECNA).

### Trafic aérien : Cotonou comme Hub régional

Au Bénin, de janvier à décembre 2013, le nombre de passagers arrivées / départs s'établit à 476.677 contre 462.985 sur la même période en 2012 soit une faible augmentation de +3%. Nous assistons donc à un retournement de tendance après avoir frôlé les 10% en 2012 et connu 5% de croissance les années précédentes. Cependant, l'activité fret a augmenté de +12% par rapport à l'année 2012 avec un volume de 7.143.256 tonnes contre 6.375.801. L'export représente toujours la majorité du fret avec 57% du total (hors Cargo Bags)<sup>5</sup>.

L'Aéroport International Cardinal Bernardin Gantin (AICBG) est exploité par 19 compagnies aériennes dont : Air France, Ethiopian Airlines, Brussels Airlines, Air Burkina, Royal Air Maroc, Air Ivoire, etc.

Dans sa quête de faire du Bénin un HUB pour la sous- région, le Gouvernement a un projet de construction d'un troisième aéroport international à Glo-Djigbé soit à environ 40 km de Cotonou. Cet aéroport est configuré pour accueillir des aéronefs de dernière génération et sa piste d'atterrissage, d'une longueur minimale de 3000m, sera extensible à plus de 4000m. Un autre aéroport à Tourou (Parakou) est en phase de construction finale.

### Les contraintes fiscales du secteur aéroportuaire

Les personnes interviewées lors de cette analyse se sont toutes accordées pour dire que l'aéroport de Cotonou est surtaxé, et que l'introduction d'une taxe supplémentaire enfreindrait la compétitivité de l'aéroport. En effet, pour couvrir les investissements relatifs aux travaux d'aménagement du hall et du parking d'avion de l'AICBG, les compagnies aériennes et les passagers ont été assujettis à des prélèvements supplémentaires. L'Etat a dû se rapprocher de

---

<sup>5</sup> Note de conjoncture sur le transport aérien au Bénin : année 2013 (l'Association des représentants de compagnies aériennes (Arc-Bénin))

l'OACI et de l'Association internationale du transport aérien (AITA) pour fixer cette taxe appelée RDIA - redevances sur les infrastructures aéroportuaires.

Une étude réalisée par l'OACI en 2010 fait un récapitulatif des taxes et redevances perçues par chaque aéroport. En considérant les pays voisins comme le Togo et le Burkina Fasso, il apparaît que l'aéroport du Bénin est en fait le second moins cher en 2010 derrière le Togo (voir tableau ci-dessous). En effet, l'aéroport de Cotonou coûte 6,39% plus cher que celui de Lomé et 19,87% moins cher que celui du Burkina.

**Tableau 10: Redevances et taxes perçues par passager sur un billet d'avion**

Redevances et taxes liées aux passagers , payées par ces trois pays				
Nature de la redevances ou taxes		BENIN	BURKINA-FASO	TOGO
Redevance par Passagers en FCFA	National/pax	650	1 500	1 000
	Régional	6 500	18 000	5 000
	International	11 000	27 000	10 000
Sureté en FCFA/ Passagers	National	500	100	1 500
	Régional	1 000	3 000	1 000
	International	2 500	3 000	3 000
	Aviation civil		3000 à 5000	
RDIA*en FCFA/Passagers	National	4 500		10 000
	International	4 500		10 000
Taxe de développement touristique en FCFA/Passagers	Par Pax au départ	10 000	2 500	
Taxe fiscale en FCFA/Passagers	Par Pax au départ	1 000		
Taxe de solidarité international en FCFA/Passagers	Par Pax au départ	2 000		
<b>TOTAL</b>		<b>44 150</b>	<b>55 100</b>	<b>41 500</b>

\*RDIA : Redevances pour le Développement des Infrastructures Aeronautiques

Source : [http://www.icao.int/Meetings/Afcaclcao/Documentation/Etude Taxes Redevances fr.pdf](http://www.icao.int/Meetings/Afcaclcao/Documentation/Etude_Taxes_Rdevances_fr.pdf)

### 6.2.3 Revenu fiscal potentiel

Le rapport 2011 du Diagnostic des infrastructures nationales en Afrique sur le Bénin montre qu'en 2008, 0,3 million de passagers ont pris des vols intra-africains et 0,1 million des vols internationaux. Toutefois, à cette date, le nombre de places disponibles était le plus bas de la région et le volume d'investissement dans le secteur était très important. La stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté pour la période 2011 - 2015 indique qu'il y aurait des améliorations dans les infrastructures de transport aérien afin d'améliorer la compétitivité logistique et les recettes touristiques du Bénin, toutes deux nécessaires à une croissance économique plus forte<sup>6</sup>.

Au cours des cinq dernières années, le secteur du transport aérien béninois a connu une forte croissance avec une augmentation de 14 % du nombre de passagers, passant de 53 000 personnes en 2010 à plus de 60 000 en 2014<sup>7</sup>. Le nombre de touristes a augmenté de 23 % entre 2009 et 2014 et les recettes du tourisme (y compris les billets d'avion) ont augmenté de 32 % de 2009 à 2012. Sur la base de ces données, les dépenses moyennes des touristes au Bénin sont passées de 699 USD entre 2009 à 833 USD en 2012.

Bien que le Bénin ne soit pas une plaque tournante du tourisme à l'heure actuelle, les voyageurs ont indiqué au cours d'une enquête que le Bénin avait du potentiel pour des voyages organisés pour les cinq prochaines années et décrit le pays comme une destination « émergente »<sup>8</sup>. En

<sup>6</sup> Cf. pages 42, 46 et 55 en République du Bénin (2011).

<sup>7</sup> Ce paragraphe utilise les données des indicateurs de développement de la Banque mondiale.

<sup>8</sup> Cf. page 53, Christie, I. et al. (2013).

outre, d'une manière globale, les perspectives de croissance du secteur touristique en Afrique subsaharienne montrent une forte croissance, d'environ 5 % par an à moyen terme<sup>9</sup>. Par conséquent, si une taxe sur le transport aérien était imposée, les perspectives de revenus pourraient certainement être stables ou même s'accroître à long terme.

Pour projeter les revenus d'une taxe sur le transport aérien, il est important de formuler certaines hypothèses :

- Tout d'abord, seuls les voyages internationaux seraient touchés. Le rapport de l'AICD suggère que le marché intérieur est « étroit »<sup>10</sup> et, pour ne pas décourager les opérateurs nationaux, la taxe sur le transport aérien n'affectera que les vols internationaux.
- Deuxièmement, l'idée d'une taxe sur le transport aérien est d'ajouter un montant négligeable au coût du billet d'avion de touristes internationaux. Comme cela a été discuté, le niveau d'imposition varie selon les pays. Une analyse approfondie du marché du transport aérien au Bénin serait nécessaire pour définir le montant exact. Cependant, nous pouvons voir qu'une taxe de 10 USD représenterait environ 1 % du total des dépenses d'un touriste et une redevance de 20 USD représenterait près de 2 % des dépenses moyennes d'un touriste au Bénin. Ces montants constituent une valeur négligeable pour le touriste moyen.
- En troisième lieu, il est possible de désagréger la taxe pour en faire un impôt plus progressif, c'est-à-dire, ceux qui peuvent se permettre de payer plus le font. Dans la limite supérieure de la fourchette des prix pratiqués, un prélèvement de 40 USD représente presque 5 % des dépenses moyennes d'un touriste, mais on pourrait imaginer que, si cela est imposé sur le tarif correspondant à la classe affaires, qui est plus élevé, cette proportion serait plus faible.

Malheureusement, sur la base des données disponibles, nous n'avons pas une ventilation des touristes internationaux en fonction de la classe affaires ou économique. Par conséquent, cette première tentative de projeter les revenus potentiels sera donc une valeur généralisée sur la base d'une taxe de 20 USD. Le taux de croissance du nombre de passagers du transport aérien au Bénin est basé sur le rapport 2013 de *Tourism in Africa* réalisé par la Banque mondiale<sup>11</sup>. Celui-ci indique que le tourisme au Bénin sera en croissance, passant de 2,5 % en 2011 à 2,6 % en 2021 (page 74). Ce taux de croissance des recettes touristiques nominales s'est traduit par un taux de croissance réel non exagéré et utilisé à titre d'approximation de l'augmentation des passagers dans le transport aérien au Bénin<sup>12</sup>.

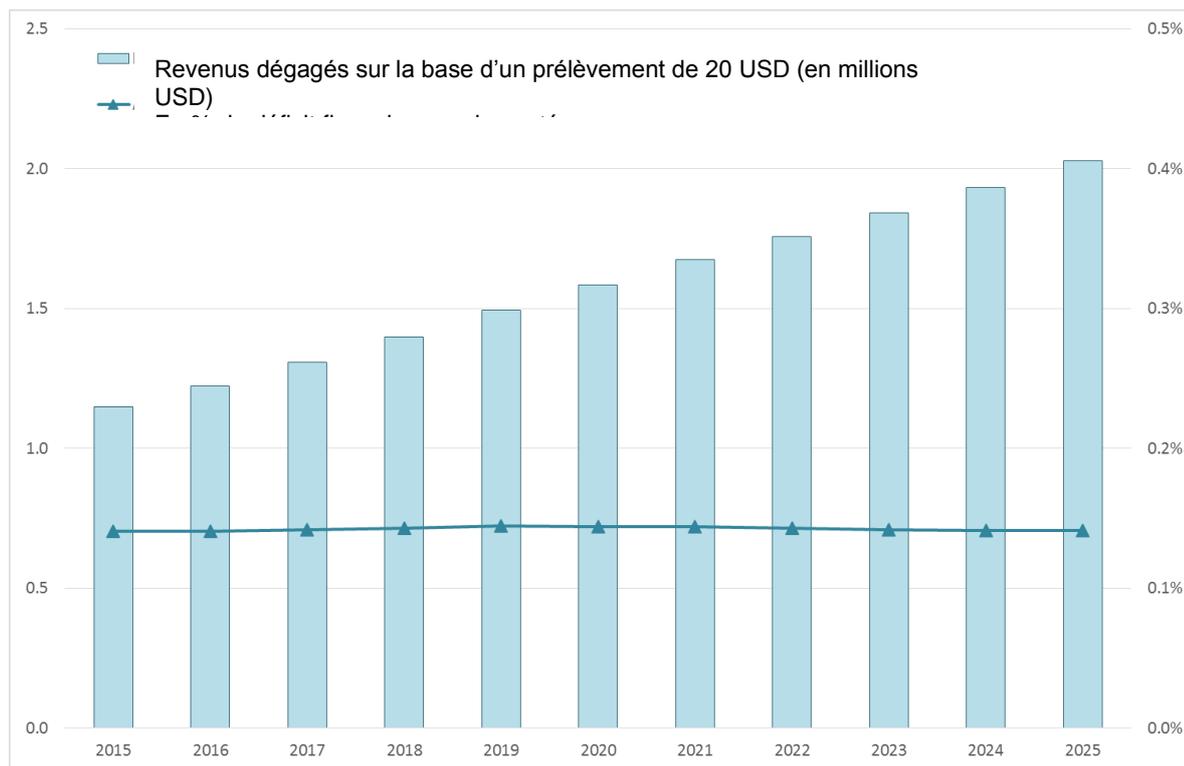
Les résultats de ces hypothèses sont représentés sur le Graphique 9 où la taxe pourrait générer une moyenne de 1,6 million USD pour le secteur de la santé chaque année pour les dix prochaines années. Cela représenterait 0,1 % du déficit de financement pour la santé.

<sup>9</sup> Cf. Organisation mondiale du tourisme (2015) et <http://www.pmpublishingsolutions.com/africas-tourism-prospects>.

<sup>10</sup> Cf. page 19.

<sup>11</sup> Christie, I. et al. (2013).

<sup>12</sup> Les résultats ne varient pas significativement par rapport à la méthode alternative qui utilise les projections de l'OMT pour les arrivées de touristes internationaux en Afrique subsaharienne, lesquelles se situent à environ 4 % par an à moyen terme ; cf. Organisation mondiale du tourisme (2015).

**Graphique 9: revenus potentiels de la taxe sur le transport aérien (en millions USD)**

Les faibles niveaux de revenus correspondent à la taille de l'industrie du transport aérien au Bénin. Cependant, avec plus de données du secteur, une analyse plus approfondie pourrait diversifier le taux d'imposition en fonction du tarif et augmenter les revenus de manière progressive. Cette hypothèse devrait faire l'objet d'une étude plus approfondie car cette option fiscale représente un coût négligeable pour le bénéficiaire et, comme pour les articles de luxe, les tarifs aériens n'affectent pas les segments de population les plus pauvres du Bénin.

## 6.3 Taxe sur les transactions financières

Différents types de taxes sur les transactions financières existent : taxes sur les échanges de monnaies, sur les *rémittences* (transferts de fonds de l'international vers le national), taxes sur les débits bancaires, sur les comptes d'épargne ou de dépôt ou sur toute autre transaction bancaire. Chacune de ces taxes mérite une analyse approfondie. Le mécanisme définitif n'a pas encore été arrêté et le sera à travers des Entretiens Semi Structures (ESS).

### 6.3.1 Littérature internationale sur une taxe sur les transferts de fonds

Nous disposons déjà d'informations quant aux arguments pour et contre une taxe sur les transferts d'argent.

Les arguments contre incluent :

- **Impact potentiel négatif sur un secteur naissant** : imposer une taxe sur un secteur encore jeune est généralement source de tensions politiques.
- Taxer les transferts d'argent au niveau national peut avoir **un impact négatif sur les plus pauvres**. Au Kenya par exemple une étude a démontré que les nouvelles facilitées de transfert d'argent à travers les portables étaient en majorité destinées aux pauvres particulièrement vivants en milieu rural.

- Taxer les transferts de fonds de l'international vers le national (**rémittences**) est considéré comme **régressif** puisqu'il impacte particulièrement les pauvres qui sont en grande majorité récepteurs de ces fonds transférés. Par ailleurs les envois d'argent peuvent être effectués en empruntant des canaux formels ou informels.
- **Encouragement à l'utilisation du secteur informel :**

Les **canaux formels** incluent notamment les banques nationales et internationales et les prestataires de services tels que Western Union, Moneygram et Moneytrans. Les facteurs influant sur leur utilisation sont notamment : coûts élevés des transactions, qui semblent limiter l'intérêt des transferts d'argent ; exigences des banques, qui empêchent souvent les utilisateurs potentiels d'accéder aux services bancaires requis ; délais de règlement notoirement longs pour les transferts d'argent ; et contrôles des changes rigoureux.

Les **canaux informels** incluent notamment les envois de fonds effectués par les migrants eux-mêmes, les envois de fonds effectués par les amis et la famille, ou encore les envois effectués par taxis ou bus. Ceux-ci sont perçus comme présentant un certain nombre d'avantages et d'inconvénients : les coûts généralement sont plus faibles ; ils permettent d'éviter les taxes des canaux formels ; ils ne nécessitent aucun document et facilitent les transferts pour les immigrants en situation illégale ; ces canaux sont toutefois moins fiables et sont extrêmement difficiles à contrôler.

L'intérêt principal du recours au secteur informel est qu'il est moins onéreux que les circuits officiels. Les frais appliqués pour envoyer 200 USD en passant par les circuits formels peuvent ainsi par exemple être compris entre 8 et 18% pour les transferts internationaux (UNCTAD, 2011). Le secteur formel doit supporter des coûts plus élevés (coût du personnel location des bureaux et obligations relatives aux normes en matière de réserves minimales de fonds propres) et certaines données probantes indiquent que certains acteurs de l'industrie de l'argent vivent sur des «*marges très étroites* » (*ibid.* :176).

L'option politique consistant à imposer une taxe n'aurait d'impact que sur les transactions du secteur formel. Ce coût supplémentaire imposé sur les transferts d'argent réalisés par les canaux formels risquerait de conduire à un recours croissant aux canaux informels, d'autres facteurs externes entrant ici également en jeu.

D'autres travaux de recherches internationaux fournissent des éléments supplémentaires soulignant la nécessité d'aborder avec une grande prudence tout changement en matière de politique sur les transferts de fonds (Lamontagne & Greener, 2008). Ces travaux ont notamment montré que les envois d'argent peuvent :

- agir comme un filet de sécurité en période de crise ;
- être utilisé pour soutenir les familles en cas de dépenses imprévues pour des soins de santé ;  
et
- empêcher les familles défavorisées de sombrer dans l'extrême pauvreté.

De toute évidence, les envois d'argent constituent une source de revenus essentielle pour les populations. Ils peuvent être consacrés à des services de santé et, ce faisant, contribuer au financement de la santé.

A un niveau plus macroéconomique, d'autres risques sont à prendre en compte notamment :

- *Dutchdisease*: les envois de fonds sont positivement corrélés avec l'appréciation du taux de change réel, et cette corrélation est plus forte dans les pays à revenus faibles et intermédiaires

inférieurs (en particulier pour les pays les moins ouverts, sur les plans à la fois des échanges commerciaux et des flux de capitaux) ; et

- Discipline budgétaire moins rigoureuse : les gouvernements peuvent chercher à tirer parti de l'espace fiscal ouvert par les envois de fonds en augmentant leurs dépenses ou leurs emprunts.

### Les arguments en faveur de l'introduction de cette taxe

- **Source potentielle importante** : En 2010, le total des envois des fonds dans le monde aurait dépassé les 440 milliards de dollars (WHR 2010). Sur ce montant, les pays en développement ont reçu 325 milliards de dollars, soit une augmentation de 6% par rapport à 2009. Le montant réel de ces transferts, si l'on inclut les flux non enregistrés passant par les canaux informels, est cependant plus important. Les envois de fonds enregistrés en 2010 représentaient ainsi près de trois fois le montant de l'aide officielle et étaient presque égaux au montant des Investissements Etrangers Directs (IED) réalisés dans les pays en développement.
- En février 2011, la CNUCED a organisé une conférence proposant une réflexion sur les différents moyens de maximiser l'impact des transferts de fonds<sup>13</sup>. Bien que ce domaine n'ait pas été étudié de façon exhaustive, on peut tout de même proposer quelques remarques d'ordre général sur une taxe sur les transferts de fonds.

On estime que la diaspora ne délaissera pas le transfert de l'argent par les canaux formels pour adopter les canaux informels, au cas où les taxes supplémentaires prélevées sur ces transferts seraient affectées au financement de **programmes de santé**. On ne saurait toutefois sous-estimer l'importance d'une recherche exhaustive sur cette option, dans la mesure où les envois de fonds représentent une ressource financière clé pour les pays en développement :

*« Les envois d'argent sont la deuxième source de financement externe après les investissements directs étrangers pour les pays en développement. ... Les envois de fonds représentent près de 2,5 fois le volume de l'aide publique au développement (APD). En raison d'un manque de données, ce montant est considéré par la Banque [mondiale] comme étant largement sous-estimé, dans la mesure où il reflète uniquement les transferts effectués par des canaux officiels » (Lamontagne & Greener, 2008) .*

### Exemples au niveau international

A notre connaissance, aucun pays n'impose de taxe sur les envois de fonds à des fins de financement des soins de santé. D'autres taxes sur les transactions financières sont en revanche utilisées :

- Plusieurs pays d'Amérique Latine ont mis en place des taxes sur les débits bancaires. L'Argentine par exemple, taxe les crédits et débits des comptes courants depuis 2001, et aurait récolté à travers cette taxe entre 2006 et 2008, la moitié de toutes les taxes de revenus des entreprises tous secteurs confondus (Stenberg, Elovainio, Chisholm, & al, 2010).
- **Le Brésil** quant à lui a implémenté en 2001 la taxe CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financiera) de 0.38% sur certains prélèvements bancaires. Cette taxe a permis de récolter près de US\$20 milliards par an pour la santé. Cette taxe a par la suite été abolie. Le Brésil a par la suite introduit une taxe de 2% sur toutes les transactions d'actions et d'obligations provenant de l'étranger (ibid.).

---

<sup>13</sup>Voir le site : <http://www.unctad.org/Templates/WebFlyer.asp?intItemID=5832&lang=1>

- **La Zambie** a introduit une taxe médicale sur tous les intérêts récoltés sur les comptes d'épargne ou de dépôt, les obligations du gouvernement et autres instruments financiers à un taux de 1%. Les revenus sont affectés aux efforts du gouvernement contre le SIDA (Chuma, Mulupi, & McIntyre, 2013).
- **Au Gabon**, le gouvernement a instauré en 2009 une taxe de 1.5% sur le chiffre d'affaire (hors taxe) de toutes les entreprises de transfert d'argent destinée au financement des soins médicaux des groupes à faibles revenus. A l'Assemblée nationale, les critiques de l'opposition ont été virulentes contre le projet de loi instituant les taxes sur la téléphonie et les transactions financières. L'opposition, a expliqué qu'il s'agissait de taxes anticonstitutionnelles et discriminatoires. Pour eux, l'Etat serait jaloux des entreprises qui excellent et cette attitude pourrait faire fuir les investisseurs. D'autres ont estimé que ces taxes pourraient favoriser l'évitement fiscal. Les paradis fiscaux s'inquièteraient de l'application juridique d'une telle mesure. Malgré les contestations, le texte a été adopté, l'opposition étant minoritaire, avec seulement 16 députés sur 120 au total.
- **Afrique du Sud** : Selon le rapport d'UNITAID de septembre 2011, l'apport de cette taxe représente plus de 1,7 milliard d'euros par an. La TTF dans le cas d'espèce est appliquée sur les actions à un taux de 0,25%.
- **La Turquie : selon le même rapport, la Tunisie** a mis en place une taxe de 0,2% sur les actions, et une autre comprise entre 0,6 et 0,75 % de frais d'émission d'obligations.
- **Le Maroc et le Zimbabwe** ont fait de même avec des taux respectifs de 0,14 % et de 0.5% sur les actions. De plus ils ont mis en place des TVA spécifiques à 7% sur les coûts de transactions.
- Le Royaume-Uni a prélevé un droit complétant le droit de timbre de 0,5 % sur les transactions portant sur des actions de sociétés britanniques, ce qui lui a rapporté 5,37 milliards d'euros en 2007-2008 (environ 0,3 % du PIB).
- La Suisse perçoit un droit de mutation sur le transfert de titres nationaux ou étrangers, lequel a permis de générer 1,9 milliard de francs suisses en 2007 (0,37 % du PIB).
- Taïwan prélève une taxe sur les opérations sur titres, ainsi qu'une taxe sur les contrats financiers à terme, ce qui lui a permis de recueillir 2,4 milliards d'euros en 2009 (0,8 % du PIB).
- Le 1<sup>er</sup> août 2012, la taxe sur les transactions financières est entrée en vigueur en France. Selon le Président François Hollande, la taxe devrait générer près de 170 millions d'euros de recettes supplémentaires pour 2012 et 500 millions d'euros pour 2013.

### 6.3.2 Contexte Béninois

Le Bénin fait partie des Etats membres de l'UEMOA ayant une banque centrale commune, la BCEAO (Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest). A l'instar de ces pays, le système bancaire comprend :

- une Agence Nationale de la BCEAO,
- un Conseil National du Crédit,
- des banques,
- des Etablissements Financiers,
- une Association Professionnelle des Banques et des Etablissements Financiers (APBEF).

Les établissements financiers hors banque sont les Institutions de Microfinance (IMF) qui ont connu un développement significatif ces dernières années.

Le Bénin compte actuellement treize (13) banques à savoir :

- Banque Internationale du Benin (BIBE).
- Bank of Africa (BOA).
- Continental Bank Benin (CBB).
- Ecobank Benin (EBB).
- Financial Bank Benin (FBB).
- Diamond Bank Benin (DBB).
- Société Générale de Banques au Benin (SGBBE).
- Banque Sahelo-Saharienne pour l'Investissement et le Commerce (BSIC-BENIN).
- Banque de l'Habitat du Benin (BHB).
- Banque Régionale de Solidarité (BRS).
- Banque Atlantique au Benin (BAB).
- African Investment Bank (AIB).
- BGFbank.

Ces banques locales effectuent plusieurs transactions financières dont le transfert de fonds. En la matière, les banques travaillent en collaboration avec les sociétés de transferts rapide d'argent qui disposent de plateformes dédiées. Ces sociétés de transfert rapide d'argent qui étaient, jusqu'à présent dominées par deux groupes, Western Union et Moneygram sont actuellement au nombre de 14.

### **Evolution récente des transferts de fonds des migrants dans l'UEMOA**

Selon le rapport de la Banque Mondiale « Migration and Remittance Factbook 2011 » le montant des fonds rapatriés par les migrants dans les pays en développement en 2010 est estimé à 325 Milliards de dollars, dont 56,9<sup>14</sup> Milliards de dollars vers des pays en développement d'Afrique et du Moyen Orient.

Les transferts de fonds des travailleurs migrants dans l'UEMOA sont supérieurs à l'aide publique au développement (APD). En moyenne 18,5% de plus sur la période 2000-2011. Durant cette période, les transferts de fonds réceptionnés des travailleurs migrants, ont plus que quadruplé, passant de 323,1 milliards de franc CFA à 1353,0 milliards de franc CFA. Comparé au PIB, ils sont passés de 1,7% du PIB en 2000 à 3,7% en 2011. Ils ont représenté en moyenne sur cette période 3,7% du PIB de l'Union.

Par pays, la moyenne varie de 0,9% en Côte d'Ivoire et au Niger à 8,8% au Togo. Elle est estimée à 2,9% au Benin, 1,3% au Burkina, 3,9% en Guinée Bissau, 3,4% au Mali et 7,3% au Sénégal. Les entrées de fonds dans l'UEMOA ont toutefois connu des baisses entre 2009 et 2011. Elles sont passées de 1 223,5 milliards en 2008 à 1 143,2 milliards en 2009 et de 1 379,8 milliards en 2010 à 1 353 milliards en 2011 soit des chutes respectives de 6,6% et 1,9%. Ces reculs sont imputables aux répercussions de la récession économique mondiale sur les pays industrialisés en 2009 et celles de la crise de la dette souveraine que connaît l'Europe depuis le deuxième trimestre de l'année 2011.

Sur la base des données relatives aux transferts électroniques reçus en 2008 les pays de l'UE en particulier la France, et les Etats Unis demeurent les principales sources des transferts des migrants, totalisant respectivement 47,8% et 8,5% des sommes reçues de l'étrangers. Sur la

---

<sup>14</sup>BCEAO « Synthèse des résultats des enquêtes sur les envois de fonds des travailleurs migrants dans les pays de l'UEMOA » Mai 2013

période récente, on note une évolution dans l'origine géographique des transferts dans certains pays de l'Union. Cette évolution est liée à une diversification des zones d'émigration notamment vers les pays de l'Afrique Centrale.

Dans la zone UEMOA le Sénégal (47,4%) est le premier pays bénéficiaire de ces fonds, suivi du Mali (13,9%), du Togo (11,1%) et de la Côte d'Ivoire (10,8%) sur la période 2000-2011. Le Bénin capte une part non négligeable estimée à 8,5%. L'importance des émigrés pour ces pays et la densité du réseau bancaire expliquent notamment leurs premières positions dans l'Union (BCEAO, Mai 2013)

Selon le Rapport de la BCEAO « Synthèse des résultats des enquêtes sur les envois de fonds des travailleurs migrants dans les pays de l'UEMOA », les envois de fonds des travailleurs migrants intra-UEMOA se sont également intensifiés sur la période sous revue. En particulier, selon les résultats des travaux de la cellule régionale chargée de réconciliation sur les échanges intra-UEMOA, entre 2004 et 2011, ces flux se sont accrus de 5,2% en moyenne par an en passant de 201,2 milliards FCFA en 2004 à 286,9 milliards de FCFA en 2011. La Côte d'Ivoire avec 37,9% des flux émis en 2011, reste de loin le principal pourvoyeur de ces fonds dans la sous-région. Le Mali, le Togo, le Sénégal et le Burkina sont les premiers bénéficiaires de fonds des travailleurs migrants de l'Union.

Au Bénin, les ressources proviennent essentiellement de l'Afrique (62,7%) notamment du Nigeria (13,5%), du Gabon (8,7%), du Niger (8,5%), du Congo (6,2%), de l'Afrique du Sud (6,1%) et de la Côte d'Ivoire (5,3%). La France constitue néanmoins le principal pourvoyeur du Bénin en termes de transferts avec 20,1% de l'ensemble des réceptions.

Au sein de l'UEMOA, les transferts de fonds des migrants sont exécutés par les sociétés de transferts rapides d'agent, les banques et l'Administration Postale. A côté des intermédiaires formels officiels, des services de transfert rapide d'argent sont offerts par des circuits informels.

### 6.3.3 Revenu fiscal potentiel

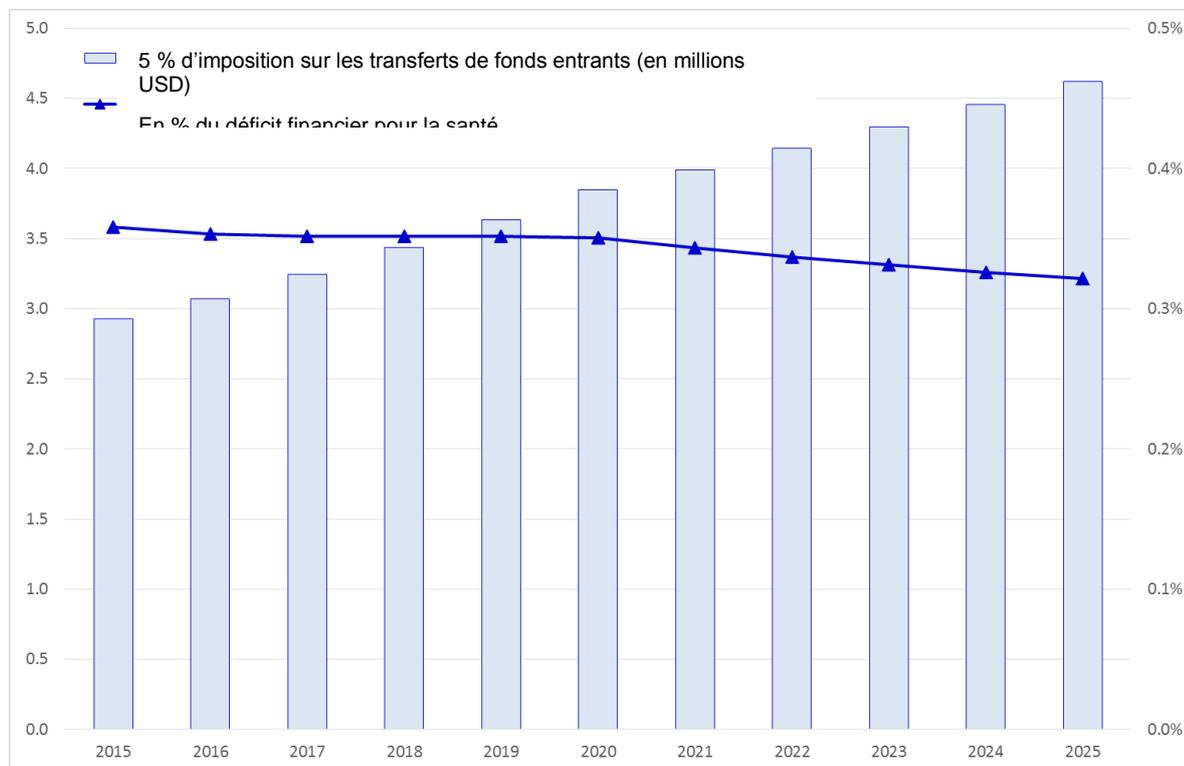
Les données sur les transferts de fonds pour la période 2009 - 2012 proviennent du rapport de la BCEAO intitulé Balance des Paiements et Position Extérieure Globale du Bénin en 2012. En moyenne, ils s'élevaient à 117 millions USD au cours de ces quatre années, soit 1,7 % du PIB. En effet, le rapport de la BCEAO suggère que les transferts de fonds des travailleurs sont de plus en plus importants pour l'économie, au même titre que l'appui budgétaire à l'État ; les transferts de fonds ont atteint 115 millions USD en 2012 tandis que l'appui budgétaire est tombé à 62 millions USD.

Les transferts de fonds constituent un facteur sur lequel il est difficile de faire des projections car ils sont fonction d'une multitude de phénomènes sociopolitiques et économiques. Pour simplifier cette projection, nous supposons que les transferts de fonds augmentent conformément aux projections de croissance nominale sur le plan international. L'objectif ici est d'essayer de tenir compte de la variété des pays où les travailleurs émigrent et de l'évolution de leurs destinations d'émigration au fil du temps.

Cette hypothèse conduit à une croissance projetée passant de 115 millions USD en 2012 à environ 185 millions USD en 2025 – un taux de croissance annuel moyen de 3,7 %. De cette valeur nous pouvons supposer que seulement 50 % les transferts sont officiels, et dès lors, seulement la moitié de cette valeur serait imposable. Les revenus potentiels de cette option sont présentés dans le Graphique 10 dans le cas où une taxe de 5 % serait imposée à tous les envois de fonds officiels. Cela pourrait générer 42 millions de dollars USD sur 10 ans, avec une moyenne

annuelle de 3,8 millions USD. Il s'agit là de 0,03 % du PIB qui ne couvrirait que 0,3 % du déficit de financement de la santé. En ce qui concerne les risques économiques et sociaux liés à ce type de taxe et compte tenu des faibles revenus prévus, ceci n'est peut-être pas une option politique crédible au Bénin.

**Graphique 10: revenus potentiels d'un prélèvement sur les transferts de fonds (en millions USD)**



## 6.4 Taxe sur l'alcool

Il s'agit d'introduire une taxe sur les alcools plus ou moins forts (*sin tax*) qui servirait à financer la santé.

### 6.4.1 Littérature internationale

#### Les arguments en faveur de l'introduction de cette taxe

**Justification d'affectation facile :** Un lien a été clairement établi entre consommation d'alcool et les problèmes de santé. En effet, l'usage nocif (40 g pour les hommes et 20 g pour les femmes) de l'alcool a de nombreuses répercussions sur la santé publique. C'est l'un des quatre principaux facteurs de risque communs, avec le tabagisme, une alimentation déséquilibrée et la sédentarité, des quatre grands groupes de maladies non transmissibles (MNT), à savoir les maladies cardiovasculaires, le cancer, les pneumopathies chroniques et le diabète. Selon l'OMS, près de 4% des décès mondiaux sont liés à l'alcool. Chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, ce taux grimpe jusqu'à 9%. La plupart des décès liés à l'alcool résultent de traumatismes, du cancer, de maladies cardiovasculaires et de la cirrhose du foie.

Il semble donc raisonnable de considérer que les fonds collectés à partir des taxes sur les ventes d'alcool devraient être consacrés à la santé. On peut par ailleurs penser que l'utilisation des recettes issues d'une « *sin tax* » pour financer des programmes de santé publique serait politiquement plus acceptable qu'un alourdissement de la fiscalité générale (TVA, par exemple).

L'élasticité-prix de la demande pour la bière, le vin et les alcools forts (-0.46, -0.69 et -0.80 respectivement) (WHO 2010) impliquent une diminution de la demande en réponse à une augmentation de la taxe, ce qui aurait un double impact positif : une baisse de la consommation et une augmentation des revenus.

**Facile à implémenter** : Une taxe sur les ventes d'alcool dont les recettes seraient spécifiquement affectées aux programmes de santé serait, sur le plan administratif, semblable à toute autre forme d'impôt indirect. En supposant qu'un pays applique déjà d'autres impôts indirects, il devrait être relativement simple de collecter cette nouvelle taxe et d'en affecter spécifiquement les recettes à des programmes de santé.

### Arguments contre l'introduction de cette taxe

Ces taxes pourraient susciter une résistance de la part des sociétés distributrices ou productrices d'alcool et de la population consommant ces alcools. De plus, selon la structure de ces taxes, elles pourraient toucher plus particulièrement les populations pauvres.

### Exemples au niveau international

Les taxes appliquées sur les alcools varient entre les pays et entre les types de boissons. Certains pays Européens ne taxent pas du tout le vin par exemple, alors que dans ces mêmes pays le niveau de taxe sur les alcools forts constituent en général plus de la moitié du prix d'achat (WHO 2010).

On observe cependant des différences considérables entre les taux d'imposition pratiqués par les différents pays, allant de valeurs négligeables à un maximum de 200 %. Contrairement aux prix monétaires relativement bas, de nombreux pays en développement appliquent, en moyenne, des taux de taxation très élevés. De manière générale, à l'échelle mondiale, les taux de taxation appliqués sur les ventes d'alcool ne semblent pas liés au prix.

**Au Botswana**, par exemple, la taxe sur les ventes d'alcool permet de collecter des sommes importantes, estimées à 0,3 % du PIB en 2010 et qui pourraient atteindre 0,35% en 2011. Cette taxe équivaut à 40% du prix d'achat de l'alcool et sert à financer des programmes éducatifs, de promotion d'une jeunesse sobre par exemple (Perez & al, 2013). Les habitudes de consommation d'alcool ne semblent pas avoir changé suite à l'introduction de cette taxe (Bakwena, 2012). Après une diminution initiale de la consommation de 7 millions de litres en fin 2008 à 4 millions en début 2009, la consommation a de nouveau augmenté à 6.2 millions en fin 2009 (ibid.).

**L'Afrique du Sud** réfléchit aussi à une taxe de 2% supplémentaire sur l'alcool et le tabac pour financer un fonds pour la santé (Perez & al, 2013).

**Sénégal** : En 2009, L'Assemblée nationale du Sénégal a voté une loi portant à 40% la taxe sur les tabacs et alcools contre 30% antérieurement. Notons que le taux de 40% est le maximum autorisé par la loi communautaire de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA). Les débats qui ont conduit à l'adoption de cette nouvelle taxe ont été le théâtre de thèse en faveur du renforcement des moyens de luttés contre le tabagisme et l'alcoolisme. En effet, les mesures qui étaient en place semblent avoir un impact peu significatif surtout pour ce qui est de la population jeune<sup>15</sup> Cette décision est en harmonie avec la politique nationale visant à doter le Sénégal d'un

---

<sup>15</sup> <http://www.jeuneafrique.com/Article/DEPXXIJ20090206T071638/>

fonds national de solidarité pour le financement de la CMU, qui sera alimenté par des sources différentes, mais surtout par des taxes sur le tabac et l'alcool<sup>16</sup>.

### 6.4.2 Contexte Béninois

Le marché de l'alcool béninois est non négligeable et assez diversifié. En effet, l'offre d'alcool au Bénin comprend aussi bien des produits locaux (essentiellement de la bière) que des produits importés (bière, vins, liqueurs...). Toutefois, la bière représente 55% de l'alcool consommé. Néanmoins, les béninois boivent moins d'un litre de bière par an. Le marché de la bière au Bénin est détenu par les brasseries Sodebra (Société Béninoise de Brasserie) et Brasserie du Bénin<sup>17</sup>. Aux côtés de ces deux géants nationaux cohabitent deux autres sociétés que sont la Lakhi Industries Benin Sarl et la Société de Brasserie et de Boissons(SBB).

L'analyse de la demande d'alcool au Bénin montre que 59,3% des Béninois consomment au moins une fois l'alcool par an. Le taux de consommateurs quotidiens quant à lui est de 11%. De plus, plus d'un homme sur trois consommaient de l'alcool 1 à 4 jours dans la semaine, alors que plus d'une femme sur quatre en consommaient 1 à 3 jours par mois. (Rapport OMS, MS 2008).

### 6.4.3 Revenu fiscal potentiel

La taxe sur l'alcool est relativement faible au Bénin. Les boissons alcoolisées importées ou produites localement sont taxées comme suit :

- 15 % pour la bière et le cidre ;
- 35 % pour le vin ; et
- 40 % pour les spiritueux et le champagne<sup>18</sup>.

Ce taux est plus élevé dans d'autres pays d'Afrique sub-saharienne. Par exemple, en Éthiopie, la TVA est de 15 %, majoré d'une taxe d'accise de fabrication de 50 à 100 % selon le type d'alcool<sup>19</sup>. En soi, il est possible de créer une taxe spéciale - jusqu'à 15 % éventuellement - en sus de ces niveaux. Il se peut aussi que cette taxe spéciale pour la santé reçoive un soutien politique. Comme le *Projet de Loi de Finances pour la Gestion 2014* prévoit que pour financer le RAMU :

« Pour son opérationnalisation, il est prévu un mode de financement bipartite :

- *les sources traditionnelles constituées du Budget Général de l'État, du budget des Collectivités Locales, des cotisations des affiliés, salariés, employeurs, de l'apport des PTF, des subventions de divers organismes caritatifs, les dons et legs ;*
- *les sources innovantes à savoir les taxes spécifiques à prélever sur certains produits nuisibles ou non à la santé tels que le tabac, les boissons alcoolisées, etc... » (page 88).*

Cependant, l'étude documentaire de cette taxe spéciale n'a pas révélé les données requises pour faire une analyse complète sur ce sujet. Une ventilation détaillée des recettes fiscales est introuvable en ligne au Ministère des finances ou à la Direction Générale des Douanes et Droits Indirects (DGDDI). Par conséquent, il est seulement possible d'utiliser les résultats d'autres pays<sup>20</sup>.

<sup>16</sup> <http://www.healthfinancingafrica.org/home/couverture-mdicale-universelle-au-sngal-interview-avec-madame-le-professeur-awa-marie-coll-seck-ministre-de-la-sant-du-sngal>

<sup>17</sup> [http://www.marque-alcool.com/marques\\_biere-benin.html](http://www.marque-alcool.com/marques_biere-benin.html)

<sup>18</sup> Code Général des impôts 2012 - <http://www.finances.bj/spip.php?rubrique13>.

<sup>19</sup> <http://www.2merkato.com/articles/tax/types/54-excise-tax-in-ethiopia>

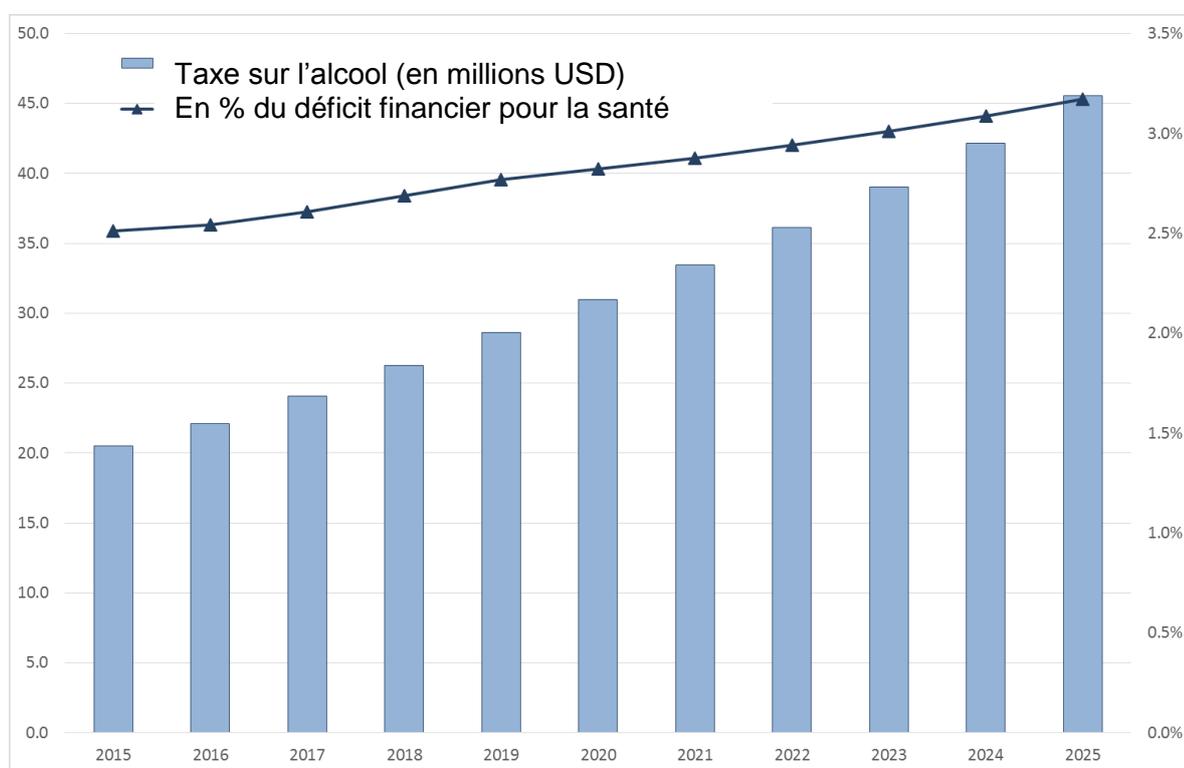
<sup>20</sup> Lievens, T. et al. (2012).

Ici, les revenus moyens de cette taxe spéciale dans d'autres pays sont mesurés en proportion du PIB. Cette valeur pour l'économie s'appliquera au Bénin.

La contribution qu'une taxe sur l'alcool peut rapporter se situe en moyenne à 0,25 % du PIB. Lorsqu'ils sont appliqués au Bénin, les résultats suggèrent que le secteur de la santé pourrait bénéficier d'une moyenne annuelle de 32 millions USD. Comme le montre le Graphique 11, ce montant couvrira 3 % du déficit de financement de la santé.

Toutefois, comme nous l'avons dit, il faut un examen plus spécifique des données de l'industrie de l'alcool au Bénin. Comme indiqué préalablement, les niveaux de consommation d'alcool sont faibles au Bénin et ce taux de 0,25 % du PIB peut ne pas être réalisé. Pourtant, en raison de ses liens étroits avec la santé, ce choix fiscal est une option raisonnable et pourrait être plus facile à mettre en œuvre sur le plan politique, c'est-à-dire avec le soutien de la population.

**Graphique 11: revenus potentiels de la taxe sur l'alcool (en millions USD)**



## 6.5 Taxe sur la téléphonie

Le secteur des télécommunications dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires a connu une croissance sans précédent. Des propositions ont été faites pour un prélèvement minime sur le temps de communication, les SMS et/ou les compagnies vendant des téléphones portables.

### 6.5.1 Littérature internationale

#### Les arguments en faveur de l'introduction de cette taxe

Le secteur de la téléphonie est en pleine croissance (il y avait 6 milliards d'utilisateurs en 2012<sup>21</sup>). *High Level taskforce on Innovative Financing* avait estimé un revenu au niveau international à travers une taxe volontaire sur les communications, de 200 millions Euros à 1,3 milliards Euros en

<sup>21</sup><http://www.bbc.co.uk/news/technology-19925506>

2009, et en majorité générée par les pays riches. Néanmoins, cette taxe, si obligatoire, pourrait être source de revenus importants dans un contexte national.

### **Les arguments contre l'introduction de cette taxe**

**Taxe sur le temps de communication** : Dans la plupart des pays à revenus faibles ou intermédiaires, le secteur de la téléphonie mobile affecte une population importante et diversifiée et il est donc plus difficile d'évaluer la mesure dans laquelle fournisseurs et consommateurs réagiront à une hausse des tarifs sur les appels. Dans de nombreux pays africains, la téléphonie mobile est également utilisée pour les opérations bancaires, ainsi que pour la distribution de produits d'assurance. L'introduction d'un coût supplémentaire pour l'utilisation de ces services pourrait donc avoir un impact négatif plus large sur le développement économique du pays.

Ce type de taxe crée de fortes résistances politiques. Aux Philippines par exemple, le gouvernement avait proposé de collecter 5 centavos (ou US\$0.001) sur chaque envoi de SMS et d'utiliser les revenus de cette taxe pour le secteur de l'éducation. Cette idée a suscité un fort tolet au niveau national et a par la suite été abandonnée.

Cette taxe pourrait avoir des impacts contre-productifs puisqu'elle risquerait de ralentir des progrès au niveau des nouvelles technologies telles que *e-health* bénéficiant particulièrement aux couches les plus défavorisées et éloignées (Stenberg, Elovainio, Chisholm, & al, 2010).

Dans un rapport récent, intitulé *Taxation and the Growth of Mobile Services in Sub-Saharan* (Fiscalité et croissance des services mobiles en Afrique sub-saharienne), la GSMA soutient que de telles taxes sont de nature régressive dans la mesure où elles pénalisent les couches les plus défavorisées de la société. Le rapport soutient également qu'en abaissant les prélèvements sur les téléphones mobiles, les gouvernements augmentent en fait leurs recettes en permettant à des millions d'autres personnes d'accéder à ces services.

Par ailleurs, un certain nombre de pays africains appliquent d'ores et déjà une taxe spécifique au secteur de la téléphonie mobile, ce qui ne laisse que peu de marge pour l'application d'un prélèvement supplémentaire spécifique aux objectifs de santé.

### **Taxe sur les compagnies de téléphones portables**

Taxer les compagnies directement pour leur vente de téléphones tel qu'opéré au Gabon pourrait susciter deux réactions de la part de ces compagnies : elles diminueront leur marge de profit ou augmenteront le prix au consommateur.

### **Exemples au niveau international**

#### **Taxes sur le temps de communication**

Deux pays ont déjà étudié l'éventualité d'une taxe sur les temps de communication. Au Gabon, le gouvernement est sur le point d'introduire une taxe sur les temps de communication de téléphonie mobile pour financer les budgets déficitaires de la lutte contre le VIH/sida. En Ouganda, la taxe sur les temps de communication a été progressivement portée de 5 % en 2002, à 10 % en 2004<sup>22</sup>. Le Burkina Faso étudie également actuellement une telle option.

---

<sup>22</sup>[www.balancingact-africa.com](http://www.balancingact-africa.com) N°291, 5 février 2006.

## Taxes sur les compagnies de téléphones portables

Le Gabon a imposé une taxe de 10% sur les opérateurs de téléphones portables qui a généré US\$29million en 2009. Ces fonds ont été utilisés pour subventionner la population incapable de contribuer financièrement à la National Health Insurance (NHI) (Chuma, Mulupi, & McIntyre, 2013). La réaction immédiate des opérateurs de téléphonie a été d'augmenter le prix de la communication, et ont perdu de la clientèle à cause de la concurrence. Les opérateurs ont fini par redescendre leur prix au client. (Exemple de ZAIN au Gabon qui avait au départ pris la décision de transférer cette taxe aux consommateurs sous formes de TVA, et la conséquence a été une perte de sa clientèle. L'opérateur est revenu au tarif normal).

## Taxes sur les téléphones portables

Un certain nombre de pays africains imposent une taxe spécifique sur les téléphones mobiles, sans que celle-ci soit toutefois affectée à un poste de dépenses particulier. Dans les pays de la Communauté d'Afrique de l'Est (EAC), ces taux d'imposition sont particulièrement élevés, étant compris entre 5 et 12 %, et sont en augmentation en dépit d'une forte opposition de la part des opérateurs de téléphonie mobile. Au Rwanda, la taxe d'accise sur les téléphones mobiles est passée de 5 % à 8 % dans le budget 2010.

### 6.5.2 Contexte Béninois

Au Bénin, l'offre en matière de télécommunications s'articule autour des services de téléphonie fixe, mobile ainsi que des services de haut-débit.

L'opérateur historique, société d'Etat Bénin Telecom est l'unique fournisseur de services fixes dans le pays. L'oligopole étant une structure de marché dans lequel un nombre limité d'entreprises offrent leurs biens ou services à l'ensemble des consommateurs, le marché béninois de la téléphonie mobile qui met en concurrence cinq opérateurs (Libercom, Moov, MTN, Bell Bénin et Glo Mobile Bénin) est un marché oligopolistique. Il faut noter qu'au départ, seul l'opérateur historique (Bénin Télécom SA) intervenait sur ce marché à travers Libercom avant d'être rejoint en 2000 par deux autres opérateurs (Moov et MTN) qui sont des entreprises multinationales. Le quatrième opérateur, Bell Bénin est entré sur le marché à partir de décembre 2003. Suite à la suspension des réseaux privés (Moov, MTN et Bell Bénin) en vue de la renégociation de leur licence en 2007, l'Etat béninois attribua une cinquième licence à l'opérateur Glo Mobile Bénin qui arriva sur le marché en 2008.

### 6.5.3 Revenu fiscal potentiel

Les statistiques 2014 de l'Autorité de régulation des Communications électroniques et de la poste (ARCEP) montrent que le taux de pénétration de la téléphonie mobile au Bénin était de 84 % en 2014<sup>23</sup>. Elles montrent également que les abonnements ont augmenté de 14 % par an au cours des six dernières années, passant de 4,8 millions de personnes en 2009 à 8,7 millions en 2014. Le nombre de minutes d'utilisation du téléphone a également augmenté de 16 % environ par an, ce qui n'est pas surprenant vu que le coût de l'appel a chuté, de 83 CFA la minute à 63 CFA au cours de cette période. En effet, depuis 2009, l'inflation dans le secteur des télécommunications au Bénin a chuté de 4,5 % par an. Au cours de cette période, les revenus des entreprises ont augmenté de 10 % par an. Dans l'ensemble, le secteur se porte bien.

<sup>23</sup> Données basées sur les abonnements actifs – cf. ARCEP (2015).

La fiscalité appliquée aux opérateurs de téléphonie mobile au Bénin se compose de 18 % de TVA, 3 % d'utilisation et 30 % d'impôt sur les sociétés. Ces taux correspondent à ceux des pays de la région<sup>24</sup>.

Pour faire des projections pour les revenus potentiels pour la santé grâce à un prélèvement sur les crédits de communication, les hypothèses suivantes ont été formulées :

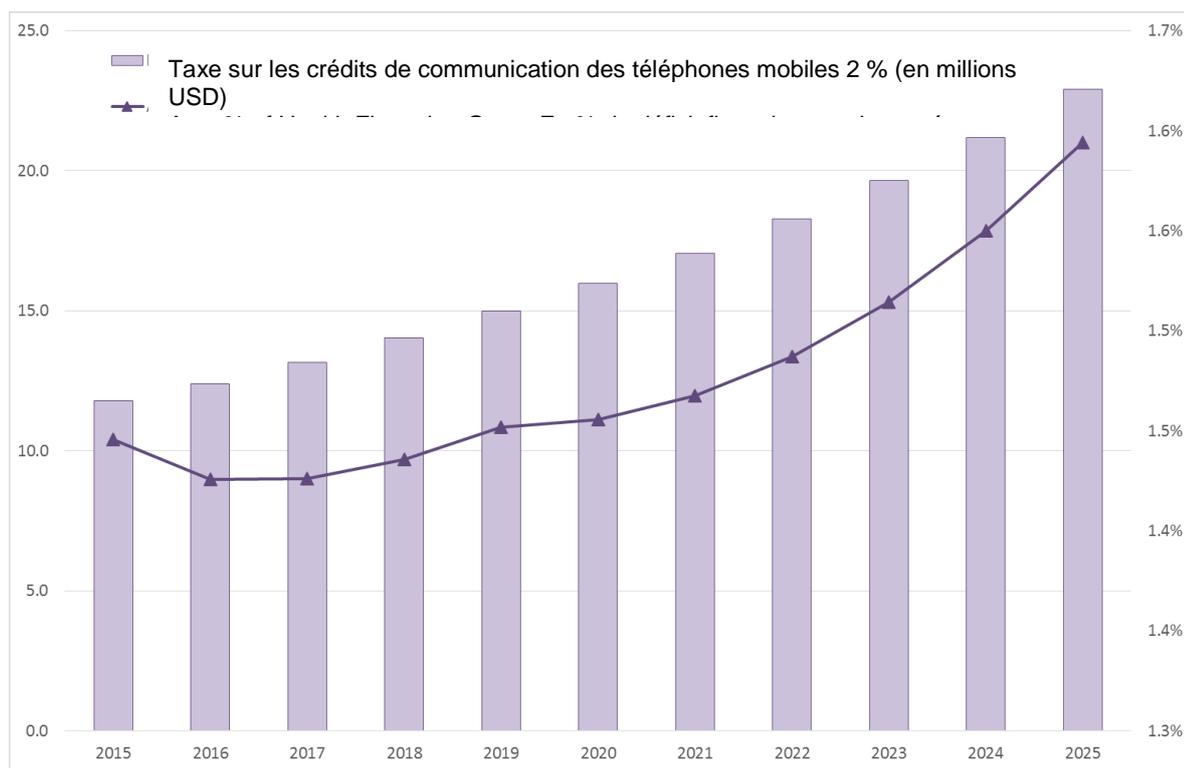
- La pénétration n'a pas besoin d'être plus importante – actuellement à 85 %. Ainsi le rythme de croissance rapide peut ralentir dans les dix prochaines années.
- Le coût des appels continuera à baisser à moyen terme, puis se relèvera lentement pour s'aligner avec la moyenne de l'inflation mesurée par l'IPC d'ici 2025. Ainsi l'appel coûtera 70 CFA la minute.
- L'utilisation du téléphone mobile se développera en fonction de la croissance réelle, fonction à son tour de la croissance économique générale et de la stabilisation des prix.

Les revenus potentiels des taxes sur les crédits de communication projetés à l'aide de ces hypothèses sont présentés dans le Graphique 12. Une taxe supplémentaire de 2 % sur les crédits de communication des téléphones mobiles pourrait rapporter 12 millions USD pour le secteur de la santé en 2015 et potentiellement 23 millions USD en 2025 – soit une moyenne de 16,5 millions USD par an. Cela couvrira 1,5 % du déficit de financement sur la période considérée.

L'augmentation de la TVA correspondrait à une simple taxe spéciale pour la santé, puisque tous les éléments administratifs sont en place. Toutefois, comme mentionné auparavant, la TVA n'est pas la forme de fiscalité la plus progressive. Une taxe de 2 % sur les revenus des compagnies de téléphonie mobile apporte des résultats financiers similaires, mais pourrait soulever des questions d'équité semblables, c'est-à-dire que les entreprises passent les coûts sur les clients. Avec plus d'informations, ces revenus peuvent être plus diversifiés pour tenir compte de l'utilisation de l'Internet, des SMS, des appels internationaux, etc. Si cette option politique est retenue, ce sont là les aspects qui doivent faire l'objet d'un examen plus approfondi pour créer un mécanisme fiscal équitable et optimal pour la santé.

---

<sup>24</sup> Boko (2012).

**Graphique 12 : Revenus potentiels des taxes sur les crédits de communication des téléphones mobiles (en millions USD)**

## 6.6 Loterie nationale

### 6.6.1 Littérature internationale

#### Loterie mondiale

Dans le cadre de recherche de financement innovant pour le développement, il a été émis l'idée de création d'une **loterie mondiale**. Aussi appelé **loterie humanitaire**, le concept de la loterie mondiale consiste à adapter un mécanisme de loterie traditionnel, en allouant tout ou partie de ses ressources au financement du développement. Cette idée a souvent été évoquée dans plusieurs assises internationales, notamment dans le cadre de l'ONU, depuis 1972.

Cette idée a été récemment portée par le Programme Alimentaire Mondial, l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture et le Fonds international de développement agricole ainsi que M. **Martti Ahtisaari**, prix Nobel et ancien secrétaire général adjoint de l'ONU. Le Groupe Pilote a mené un débat sur ce sujet depuis sa création en 2006. La loterie mondiale en faveur du développement basée sur une décision volontaire serait un jeu sécurisé générant des ressources stables, additionnelles et prévisibles pour financer des biens publics mondiaux.

Elle pourrait être mise en place de plusieurs manières :

- Soit par un opérateur mondial unique à qui les différents pays associés délivreraient une licence d'exploitation ;
- Soit via des opérateurs nationaux déjà installés qui se coordonneraient afin d'assurer le fonctionnement de la loterie mondiale. Selon Landau (2004), cette dernière option présenterait l'avantage d'être plus facile à mettre en œuvre et permettrait de tenir compte des différences de pouvoir d'achat entre pays.

Certaines propositions visent à faire des loteries additionnelles qui seraient identifiées à des causes spécifiques (comme la lutte contre le sida, le climat, l'éducation...), afin de faire coïncider davantage l'offre de solidarité aux préférences individuelles. Le Programme alimentaire mondial (PAM) a quant à lui développé l'idée "loterie humanitaire" dans lequel il s'agirait de vendre des billets à gratter d'un euro, une somme allant de 20 à 100 euros, voire un voyage pour aller visiter sur le terrain un projet de développement. Selon les calculs effectués par le PAM, les gains seraient de 400 millions d'euros par an si cette loterie était appliquée au niveau mondial.

L'idée d'une loterie mondiale en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA est envisagée depuis quelques années. Deux scénarios ont été discutés :

- i) Les loteries nationales pourraient gérer une version nationale de la loterie mondiale, dont la conformité aux standards définis serait surveillée par un organisme international. La *World Lottery Association*, organisation internationale respectée à laquelle adhèrent de nombreuses loteries nationales et d'États fédéraux, pourrait à ce titre jouer un rôle majeur.
- ii) Sinon, une loterie mondiale unique, vendue dans le monde entier et gérée par une organisation supranationale telle que les Nations Unies. Si une loterie de ce type est mise en vente sur Internet, le problème de la réglementation sera étroitement lié à la question plus générale d'une réglementation efficace du e-commerce

Pour les deux options, un cadre international est nécessaire pour réglementer les différentes organisations nationales et distribuer les fonds<sup>[5],[6]</sup>. La structure des coûts de la loterie serait similaire à celle des loteries nationales existantes : environ 50 à 60 % des ventes sont distribués sous forme de lots, environ 30 à 40 % sont transférés aux gouvernements et aux œuvres de charité, environ 10 % servent à couvrir les frais administratifs et opérationnels.

L'élaboration d'estimations plus sophistiquées des revenus générés par une loterie mondiale suppose de faire des hypothèses sur la part que cette loterie mondiale « capterait » des loteries existantes, la substitution à d'autres formes de jeux de hasard, et le nombre de nouveaux joueurs (y compris les altruistes universels). Toutes ces hypothèses dépendent d'une manière ou d'une autre de l'efficacité du marketing de la loterie mondiale, à la fois pour les purs amateurs de jeux de hasard et pour les altruistes universels.

## Loterie nationale

Les loteries sont populaires dans de nombreux pays, et cette popularité, à laquelle s'ajoute l'idée d'une action charitable, peut contribuer au succès d'une loterie au profit de la CSU. La rentabilité d'une loterie spécialement dédiée à la lutte contre le VIH/SIDA peut être renforcée par un PPP avec le secteur privé, chargé de fournir les cadeaux pour les tickets gagnants.

Une loterie d'État de l'Illinois, aux États-Unis, a lancé une loterie spécialement dédiée à la lutte contre le VIH/SIDA en 2009<sup>[1]</sup>. Il s'agissait d'une initiative conjointe du Département de Santé Publique et de la Loterie de l'Illinois, visant à financer les programmes d'éducation, de prévention et de traitement du VIH/SIDA. Un ticket coûtait 2 dollars US, et il y avait quatre lots de 20 000 dollars chacun. 100 % des sommes collectées ont été affectées à la lutte contre le VIH/SIDA par le biais de financements accordés à des organisations publiques et privées de lutte contre le

---

[5] Atkinson et Chowdhury. 2004. « A Global Lottery and a Global Premium Bond. »

[6] Tiré de Lamontagne, E. et Greener, R. (2008).

[1] Voir : <http://www.wrapitupillinois.com/#/0>

VIH/SIDA approuvées par le Département de Santé Publique. L'initiative était le résultat d'une coopération entre le gouvernement, le secteur privé et les ONG<sup>[2]</sup>.

A notre connaissance, il n'existe pas dans la littérature des exemples de pays ayant adopté la loterie pour le financement exclusif du système de santé. Toutefois, des dispositifs visant à allouer à titre ad hoc tout ou partie des revenus de la loterie à la solidarité existent déjà dans certains pays. Ainsi, les Pays Bas, la Belgique et le Royaume-Uni ont financé grâce aux recettes issues de leur loterie des programmes d'aide au développement.

**Pays Bas** : la Loterie Néerlandaise des Codes postaux, lève des fonds depuis 1989 pour soutenir des organisations œuvrant en faveur d'un monde plus équitable et plus vert. La moitié des sommes qu'elle collecte est versée aux œuvres de charité. Plus importante loterie de charité des Pays-Bas, elle soutient 81 organisations et a versé plus de 3 milliards d'euros depuis sa fondation. La Loterie Néerlandaise des Codes postaux soutient des organisations qui travaillent pour l'humanité et l'environnement, notamment l'[UNICEF](#), le [WWF](#), [Amnesty International](#) et [Médecins sans Frontières](#). Depuis 2005, la Loterie Néerlandaise des Codes postaux est également active au Royaume-Uni avec la [People's Postcode Lottery](#) et en Suède avec la [Svenska PostkodLotteriet](#), qui toutes deux lèvent des fonds pour les bonnes causes.<sup>[4]</sup>

**Belgique** : Entre 1987 et 2009, la Belgique a ainsi collecté presque 330 millions de dollars destinés à l'aide publique au développement. Cette aide est orientée depuis Septembre 2006 vers le financement de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ainsi, le Ministère de tutelle de la loterie nationale de Belgique a lancé en 2006 un mécanisme qui s'apparente à une contribution volontaire encadrée par la loi visant à affecter 1 million d'euros du budget annuel de la loterie nationale de Belgique à des projets contribuant à la réalisation des OMD7. La loterie nationale lance annuellement un appel à projets à l'attention d'ONG du développement, à l'issue duquel un jury est chargé de sélectionner les projets retenus et de répartir la subvention entre ces projets. L'allocation de 1 million d'euros du budget de la loterie nationale belge à la réalisation des OMD a été mise en place en 2006, et a lieu chaque année depuis ; le dernier appel à projet en date a été ouvert en novembre 2011 (Ministère de tutelle de la loterie nationale de Belgique, 2011).

**Royaume-Uni** : Chaque euro dépensé dans la loterie donne lieu à 20 cents investis dans des œuvres humanitaires. Le principal organisateur de loterie au Royaume-Uni a ainsi collecté 213 millions de livres de 1995 à 2009 pour le financement du développement, entre autres causes (BM, 2009).

Une revue documentaire des loteries existantes ferait apparaître qu'il n'y a pas d'autres loteries nationales spécialement dédiées à la lutte contre le VIH/SIDA ou pour la CSU. Une activité importante est consacrée à attribuer des revenus de loteries vers les besoins de la lutte contre le VIH/SIDA, mais ce point fait partie d'une discussion plus générale sur l'allocation des revenus des loteries à une diversité de besoins.

Il existe par ailleurs un certain nombre de problématiques socio-économiques qu'un gouvernement se doit de prendre en compte. Les loteries sont considérées comme étant régressives, en ce sens que les segments les plus pauvres de la population ont tendance à dépenser une proportion plus importante de leurs revenus en loteries. La promotion des jeux de hasard soulève d'autre part des questions éthiques et culturelles<sup>[3]</sup>.

---

<sup>[2]</sup> Voir aussi : [http://www.onlinecasinocrawler.com/blog\\_illinois-new-lottery-ticket-benefit-hiv-aids-victims.php](http://www.onlinecasinocrawler.com/blog_illinois-new-lottery-ticket-benefit-hiv-aids-victims.php)

<sup>[4]</sup> Factsheet : Postcode Lottery Green Challenge 2011

<sup>[3]</sup> Ibid.

## Gouvernance et gestion

Les loteries s'appuient en général sur des institutions accréditées pour gérer les loteries dans un pays donné. Les fonds générés peuvent être transférés vers les mécanismes de coordination, qui peuvent les ajouter à d'autres sources de revenus et les soumettre au même processus d'allocation des fonds.

## Taille de la contribution

On estime qu'en 2003, les loteries ont généré au total 50 milliards de dollars pour les gouvernements du monde entier. Sur cette somme, quelques 25 milliards de dollars ont été générés en Europe et 15 milliards de dollars en Amérique du Nord. On estime également que pendant la même année, 41 loteries nationales ont produit plus de 300 millions de dollars pour leurs gouvernements respectifs, et que deux loteries ont généré pour leurs gouvernements un revenu d'environ 3 milliards de dollars. Le revenu net produit par les loteries des États-Unis cette année-là était de 13,3 milliards de dollars<sup>[7]</sup>.

Toutefois, les revenus générés par une loterie spécifiquement dédiée à la CSU ont toutes les chances d'être une petite fraction de ce montant, notamment parce que la loterie forme un marché déjà hautement régulé et encombré qui n'accepte pas facilement de nouveaux entrants. En septembre 2011, le Dream Fund de la Loterie Néerlandaise des Codes postaux a versé 8,8 millions d'euro pour financer STOP AIDS NOW! et les activités de prévention contre le VIH/SIDA de la *Clinton Health Access Initiative* au Swaziland<sup>[8]</sup>.

Au Kenya, une analyse réalisée par OPM indique qu'une loterie spécifiquement consacrée au SIDA ne permettrait de lever que 0,0035 % du PIB.

### 6.6.2 Contexte Béninois

La Loterie Nationale du Bénin (LNB) a été créée le 23 mars 1967. C'est un important instrument de mobilisation de l'épargne nationale et redistribution de cette épargne à travers le financement des projets d'investissement à caractère social et culturel.

La LNB offre deux types de produits tels que les tickets à gratter et les produits de pari (PMU, Loto Star, Loto Sportif).

Malgré son statut d'entreprise commerciale, la loterie nationale du Bénin mène des actions sociales conformément à son slogan « les lots gagnants les bénéfiques à toute la nation ». Ces actions sont menées à l'aide du fonds spécial appelé **Fonds Spécial Investissement / LNB (FSI/LNB)**. L'objet de la création de ce fonds est de permettre à la LNB de réaliser des investissements à caractère social, culturel et sportif.

Ainsi, plusieurs communes ont bénéficiés d'infrastructures communautaires de bases comme les constructions des maisons des jeunes et de la culture, des modules de classes dans les écoles, construction des bâtiments dans les hôpitaux. A titre indicatif, les ressources du FSI/LNB ont permis à la loterie nationale du Bénin de réaliser de 1968 à 2008 des investissements d'un montant total dix milliards six cent quatre-vingt-dix millions neuf cent cinquante-quatre mille neuf cent vingt-sept (10 690 954 927) au profit des collectivités locales.

---

<sup>[7]</sup> Groupe de travail sur les Financements Internationaux Innovants pour les Systèmes de Santé : Lever et flécher les fonds ; Rapport du Groupe de travail 2

<sup>[8]</sup> Communiqué de presse du CHAI, 02/09/2011: Dream Fund of Dutch Postcode Lottery funds unique AIDS project <http://www.clintonhealthaccess.org/news-and-information/Dutch-Postcode-Lottery-funds-unique-AIDS-project>

La source de financement de la LSI/LNB est régie par l'article 54 par la Loi N°88-005 du Avril 1988 et l'article 4 du décret N°89-165 du Mai 1989 portant approbation des statuts de la LNB. Selon ces articles, le chiffre d'affaire de la LNB, dans la répartition des bénéfices restants, après prélèvement des réserves (réserves légales 5% et réserves statutaires 10%) doit donner priorité au financement partiel au total au programme d'investissement arrêté par le CA et FSI/LNB. Le FSI/LNB a été alimenté jusqu'en 1995 par la totalité des bénéfices de l'entreprise après la constitution des réserves réglementaires soit 85% du bénéfice brut. Mais depuis 1996, la LNB est assujettie au BIC comme toutes les autres entreprises. De plus, depuis 2000 elle est soumise à la taxe sur les jeux de hasard dont le taux est de 5% sur chiffres d'affaires cela entraîne 60% du bénéfice pour ces réalisations.

De plus, le Bénin compte au moins douze différents types de jeux de hasard. Ceux-ci sont divisés en deux catégories ; les cartes à gratter instantanées et les jeux de non-instantanés<sup>25</sup>.

- Les cartes à gratter incluent des jeux tels que *Le Millionnaire* et *Mini-Express Fruit*. Les prix des tickets ici sont bas, 100 ou 200 CFA, et le gain peut aller jusqu'à 500 000 ou 5 millions CFA.
- Il existe d'autres jeux tels que les paris sur les matchs de football avec *Sports Loto*, ou les jeux basés sur le tirage au sort tels que *Loto Fortune* ou *Loto Star*. Ces jeux peuvent coûter de 200 CFA à 10 000 CFA selon les préférences en matière de paris et les gains dépendent de la configuration de tirage et ainsi de suite.

### 6.6.3 Revenu fiscal potentiel

Les jeux de hasard redistribuent 65 % de leur chiffre d'affaires aux projets sociaux ou à l'administration fiscale. En 2009, cela s'est traduit par 0,7 million USD reversés à des projets sociaux et 1,9 million USD au budget national.

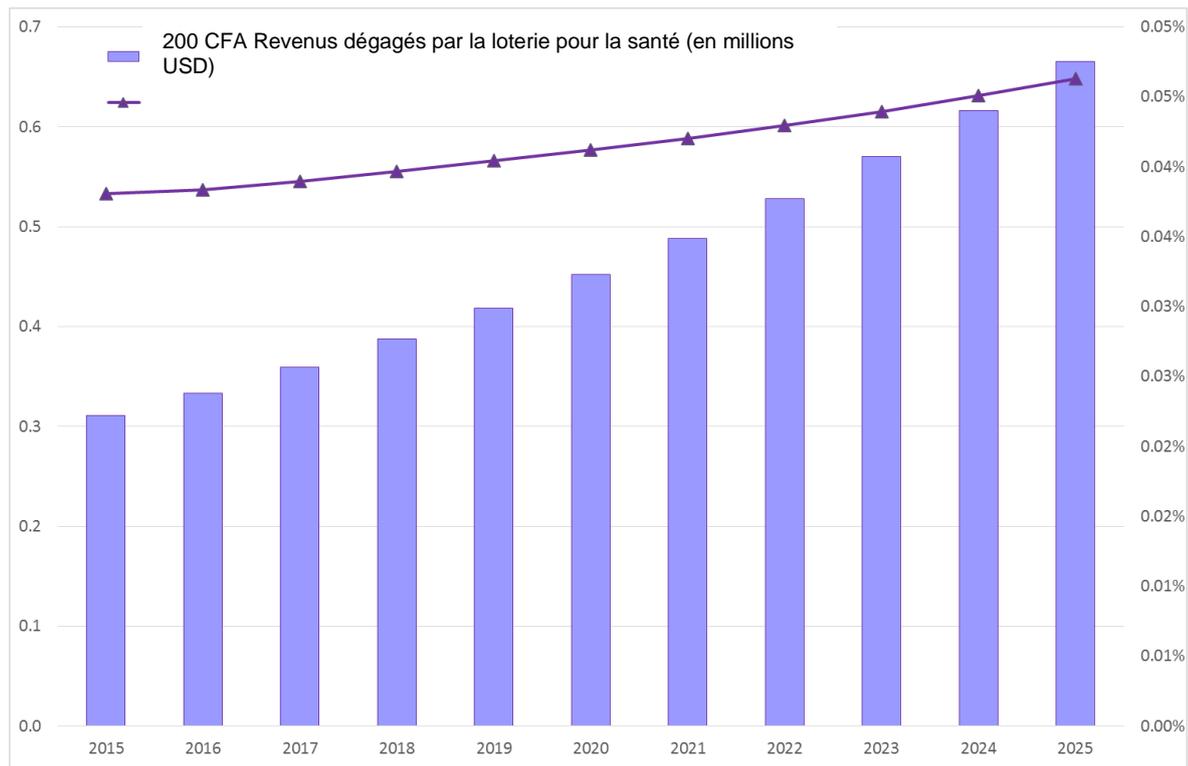
Pour décider si une loterie pour la santé porterait ses fruits – en termes de ventes et de popularité pour garantir des revenus durables – des études devraient être réalisées. Ainsi, il faudra déterminer les raisons pour lesquelles certains jeux sont plus populaires et la loterie pour la santé devra reproduire un tel modèle dans sa conception. Les données sur les ventes et les recettes de jeux n'étaient pas disponibles dans le cadre de la recherche documentaire ; les sites de jeux de hasard ne publient pas cette information. C'est pourquoi nous ne pouvons pas reproduire le type de loterie le plus populaire à utiliser dans nos projections. Au lieu de cela, nous avons utilisé ce qui s'est avéré être le prix moyen d'un ticket de loterie, 200 CFA.

Les résultats sont présentés dans le Graphique 13. L'on constate qu'il est possible de drainer 0,5 million USD par an sur les dix années vers le secteur de la santé. Cette option ne couvrirait que 0,04 % du déficit financier.

Pour augmenter les revenus, le secteur de la santé pourrait travailler avec l'Agence de la loterie nationale pour essayer d'augmenter la moyenne de 65 % du chiffre d'affaires qui va aux projets sociaux et à l'administration fiscale. Par exemple, la responsabilité sociale des entreprises serait possible si les entreprises offraient des prix gratuits sur ces billets de loterie. Toutefois, il est à noter que la pérennité des revenus issus de la loterie pour la santé peut s'avérer moins sûre que d'autres méthodes en raison de la nature implicite des jeux de hasard et le secteur de la santé serait à la merci des consommateurs irréguliers.

<sup>25</sup> Cette section est basée sur le site de loterie : <http://www.lnb.bj/spip.php?rubrique2> et une fiche d'information sur les jeux de hasard du site du ministère des Finances : [http://www.finances.bj/IMG/pdf/Presentation\\_LNB-2.pdf](http://www.finances.bj/IMG/pdf/Presentation_LNB-2.pdf).

**Graphique 13: revenus potentiels de la loterie pour la santé (en millions USD)**



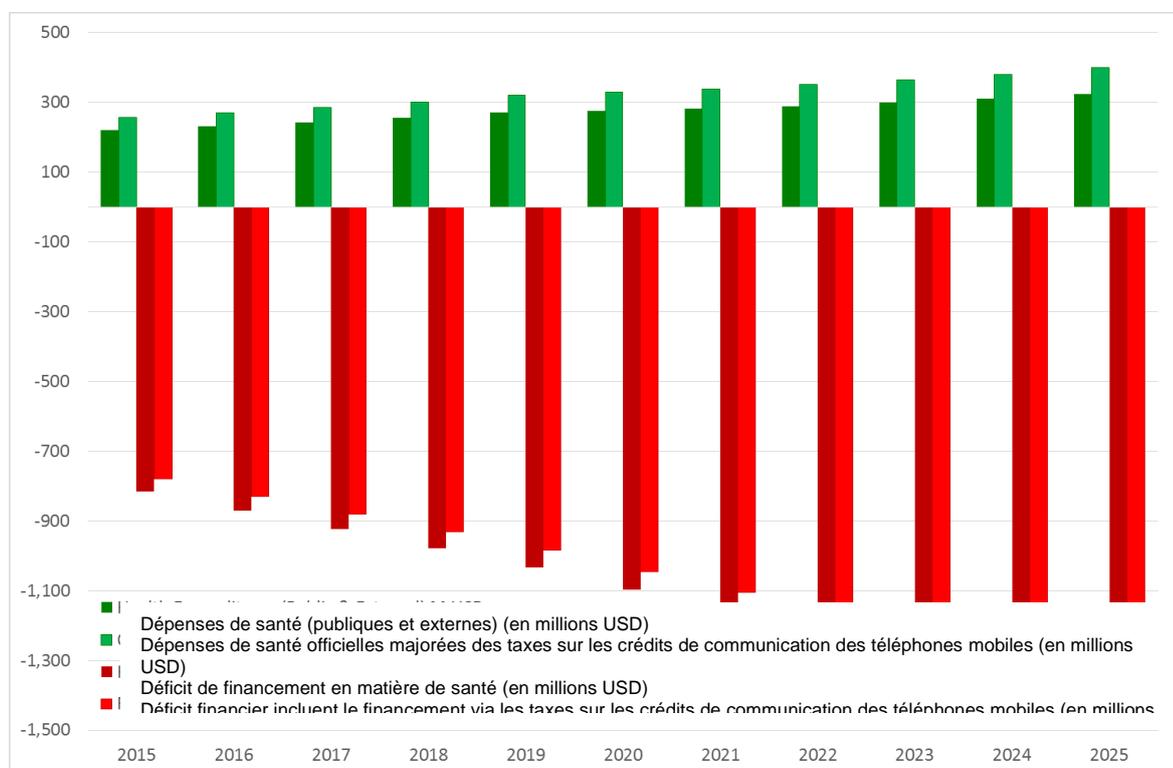
## 7 Déficit financier et mécanismes innovants-recommandations

L'impact de la somme de toutes ces taxes spéciales sur le déficit financier du secteur de la santé apparaît dans le Graphique 14. Toutes les cinq taxes pourraient générer 54 millions USD en moyenne, de 2015 à 2025. Cela comblerait le déficit financier d'environ 5 % par an.

L'augmentation du niveau d'imposition au regard de toutes ces options augmenterait le ratio PIB/impôts de seulement 0,2 points de pourcentage, passant ainsi d'une moyenne de 19,9 à 20,1 %.

Cela montre que les projections faites peuvent se révéler prudentes et il reste possible de trouver des niveaux de financement plus élevés pour le secteur de la santé une fois qu'un type plus spécifique d'impôt aura été choisi.

**Graphique 14: Impact des taxes spéciales sur les dépenses de santé et le déficit de financement (en millions USD)**



Ce rapport a analysé cinq différentes mesures que le gouvernement béninois pourrait envisager. Celles-ci sont énoncées dans le Tableau 11 en fonction du score obtenu par critère de sélection pour évaluer leur efficacité comme sources de financement pour la santé. Chacune a été mesurée sur une échelle de cinq points :

- 1) Durabilité des flux de ressources au fil du temps ;
- 2) Stabilité du financement ;
- 3) Progressivité (c'est-à-dire l'impact sur l'égalité) ;
- 4) Efficacité administrative (coût de mise en œuvre et du maintien de la taxe) ; et
- 5) Potentiels effets indésirables.

Ce tableau présente également le montant des revenus projetés pour chaque mécanisme ainsi que leur contribution pour combler le déficit de financement au Bénin.

**Tableau 11 : Vue d'ensemble des coûts et avantages des taxes spéciales**

Mécanisme	Conclusions générales					Score total	Potentiel sur dix ans (en millions USD)
	Durabilité	Stabilité	Progressivité	Efficiences administrative	Effets indésirables		
Transport aérien	4	4	5	4	4	21	17
Alcool	4	4	2	4	3	17	349
Envois de fonds	4	3	2	4	3	16	42
Crédits de communication	4	4	2	4	1	15	181
Loterie	2	2	1	2	4	11	5
						<b>Total</b>	<b>595</b>

Source : adapté de Lievens, T. et al (2012).

En somme, l'analyse suggère que les deux meilleures options pour le financement de la santé sont les suivantes :

1. **La taxe sur le transport aérien** – qui obtient la note la plus élevée dans l'évaluation qualitative, avec 21 sur 25. Le principal avantage à mettre en évidence ici est le fait que la population béninoise n'est pas imposée en vertu de cette option, ce qui devrait rendre de telles taxes politiquement acceptables pour les contribuables. Les montants de revenus pourraient fournir 17 millions USD par an pour le secteur de la santé – ce qui pourrait être augmenté après que des études plus approfondies aient été réalisées sur les différents prix des tickets. Ce rapport a suggéré des taux d'imposition prudents (20 USD) pouvant par la suite être augmentés et dont les effets indésirables peuvent également être évalués.
2. **La taxe sur l'alcool** – qui obtient une bonne note avec 17 sur 25. Les flux de revenus potentiels issus de cette taxe sont les plus importants de toutes les taxes examinées ici : près de 350 millions USD pourraient être injectés dans le secteur de la santé au cours de la décennie. L'avantage ici est que ces produits ont un effet connu sur la santé et sont préjudiciables aux coûts des services de santé, ce qui, une fois de plus, rendrait cette taxe plus acceptable pour les contribuables. Il est à noter que cette valeur monétaire utilise la moyenne constatée dans d'autres pays et des données plus spécifiques d'imposition et de consommation au Bénin seraient nécessaires pour affiner cette option politique.

Une troisième donnée aberrante au vu de la note, mais dont les projections de revenus pourraient rapporter beaucoup, est la **taxe sur les crédits de communication des téléphones mobiles**. Cela pourrait rapporter 180 millions USD au secteur de la santé au cours des dix prochaines années. Toutefois, sa note est faible en raison des inquiétudes sur les retombées économiques et sociales. Si une taxe pouvait être mise en œuvre de façon à garantir sa progressivité mais qu'elle présente des impacts économiques réduits, alors celle-ci pourrait être une option pour le Bénin.

## Références

- Autorité de Régulation des Communications Électroniques et de la Poste (2015) *Annuaire Statistique 2014 des Télécommunications au Bénin*, ARCEP, Cotonou.
- BCEAO (2013) *Comptes Extérieurs de la République du Benin au Titre de l'année 2012*, Balance des Paiements et Position Extérieure Globale, République du Bénin, Ministère de l'économie et des finances, Comité de la Balance des Paiements, Cotonou.
- Boko, L. (2012) *La Taxation des Services de Télécommunications : Cas du Bénin*, présentation par le Chef de Division des affaires économiques ATRPT, Cotonou 8 et 9 mai 2012, disponible à l'adresse suivante ;  
[https://www.itu.int/ITU-D/finance/work-cost-tariffs/events/tariff-seminars/Cotonou-12/pdf/Session5\\_3\\_ATRPT.pdf](https://www.itu.int/ITU-D/finance/work-cost-tariffs/events/tariff-seminars/Cotonou-12/pdf/Session5_3_ATRPT.pdf)
- Christie, I. et al (2013) *Tourism in Africa: Harnessing Tourism for Growth and Improved Livelihoods*, Banque mondiale, Washington DC.
- Dominguez-Torres, C. and Foster, V. (2011) *Benin's Infrastructure: A Continental Perspective*, Rapport pays sur le diagnostic des infrastructures en Afrique, Banque mondiale, Washington DC.
- GSMA (2012) *Sub-Saharan Africa Mobile Observatory 2012*, Deloitte, London.
- Fonds monétaire international (2012) *Benin Third Review Under the Extended Credit Facility Arrangement*, Rapport pays du FMI n° 12/99, avril 2012, FMI, Washington DC.
- Fonds monétaire international (2014) *Sixth Review Under the Extended Credit Facility Arrangement*, Rapport pays du FMI n° 14/150, juin 2014, FMI, Washington D.C.
- Lievens, T. et al. (2012) *Assessment of the Potential of Innovative Financing Mechanisms for HIV, Health and Development. A Focus on Africa*, rapport interne de l'OPM.
- McIntyre, D and Meheus, F. (2014) *Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services*, documents du Groupe de travail du Centre sur la sécurité de la santé mondiale, Document 5, mars 2014, disponibles à l'adresse suivante :  
[http://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/home/chatham/public\\_html/sites/default/files/20140300DomesticFundingHealthMcIntyreMeheus.pdf](http://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/home/chatham/public_html/sites/default/files/20140300DomesticFundingHealthMcIntyreMeheus.pdf)
- République du Benin (2011) *Growth and Poverty Reduction Strategy GPRS 2011-2015*, Cotonou.
- République du Benin (2013) *Projet de Loi de Finances pour la Gestion 2014 : rapport de présentation*, Ministère de l'économie et des Finances, Cotonou. disponible à l'adresse suivante :  
[http://www.finances.bj/IMG/pdf/rapport\\_presentation\\_bge\\_2014.pdf](http://www.finances.bj/IMG/pdf/rapport_presentation_bge_2014.pdf)
- République du Benin (2014) *Code Général des Impôts 2012*, Ministère de l'Économie et des Finances, Cotonou. disponible à l'adresse suivante :  
<http://www.finances.bj/spip.php?rubrique13>
- Organisation mondiale du tourisme (2015) *Baromètre de l'OMT sur le tourisme mondial*, Volume 13, janvier 2015,
- Base de données de la Banque mondiale sur les indicateurs du développement dans le monde, 2014, page 59. Disponible à l'adresse suivante :  
<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>

## Annex A Méthodologie

### A.1 Aperçu du cadre macroéconomique

#### A.1.1 Introduction

L'approche macroéconomique adopte un cadre numérique connu sous le nom de cadre de programmation financière, qui vise à contribuer à l'élaboration d'une approche cohérente pour les différents aspects de la politique économique. La principale caractéristique du cadre de programmation financière est qu'elle est fondée sur une vision globale de l'économie nationale, comprenant quatre secteurs interdépendants. Les quatre secteurs sont :

- Le secteur Réel, qui a trait aux activités productives de l'économie.
- Le secteur Budgétaire, qui intègre les transactions du gouvernement.
- Le secteur Extérieur, qui comprend toutes les transactions entre le pays en question et d'autres pays.
- Le secteur Monétaire, qui inclut les transactions du système bancaire et de la banque centrale.

Bien que n'étant pas un secteur en tant que tel, une attention est également accordée à la dette du gouvernement central, car les actions et les flux de la dette sont reflétés dans les secteurs budgétaire, extérieur et monétaire.

Tout d'abord, il doit être clair que le cadre macroéconomique n'est pas un modèle économique. Il ne constitue pas un ensemble d'équations qui tentent de modéliser le comportement des différents groupes d'agents économiques et l'interaction entre eux. Dans la terminologie économique, elle ne repose pas sur un ensemble de relations comportementales et/ou structurelles économétriquement estimées, qui entraînent des résultats économiques.

Le cadre macroéconomique est un outil visant à assurer la cohérence entre les différentes séries d'hypothèses concernant l'évolution future de l'économie. En d'autres termes, en commençant par un ensemble d'hypothèses au sujet de l'économie (par exemple la croissance du PIB), le cadre évalue l'impact des différentes options politiques sur les quatre secteurs de l'économie, d'une manière cohérente.

#### A.1.2 Composants clés

Les tableaux portant sur les performances macroéconomiques du pays publiés par le FMI constituent le point de départ du cadre macroéconomique. Ces tableaux sont produits dans un format standard pour tous les pays dans le cadre des activités de surveillance de l'Article IV du FMI. Les documents standards du FMI comprennent cinq tableaux qui sont répliqués dans le cadre macroéconomique utilisé pour cette analyse. Il s'agit des tableaux suivants :

- Tableau 1 : quelques indicateurs économiques, contenant des données sommaires du secteur réel, budgétaire, monétaire et extérieur.
- Tableaux 2 et 3 : transactions fiscales du gouvernement central, décrivant le budget du gouvernement et son financement.
- Tableau 4 : comptes monétaires, montrant les flux parcourus par la masse monétaire au sens large, les actifs nets étrangers et les actifs nets nationaux.
- Tableau 5 : balance des paiements, y compris les indicateurs sur les réserves internationales brutes.

Ces tableaux sont transposés dans Excel et élargis en tant que de besoin pour produire des données pour les quatre secteurs de l'économie décrits ci-dessus. Cela se fait à travers les six feuilles de travail suivantes :

- **Aperçu** : la feuille intitulée Aperçu comprend les projections sur les principales variables macroéconomiques telles que la croissance réelle du PIB, le déflateur du PIB et le taux de change.
- **Réel** : la feuille intitulée Réel fournit les prévisions pour le secteur réel, y compris les valeurs du PIB et ses composantes (y compris la consommation et l'investissement).
- **Fiscalité** : la feuille intitulée Fiscalité fournit des informations sur le budget annuel du gouvernement, y compris les projections de recettes domestiques, dépenses, subventions et financement du déficit.
- **Monétaire** : la feuille intitulée Monétaire fournit des projections pour le secteur monétaire. Il inclut le parcours des principaux agrégats monétaires, tels que le crédit au secteur privé.
- **Extérieur** : la feuille intitulée Extérieur fournit des prévisions pour la balance des paiements, y compris les projections pour les importations, les exportations et les réserves internationales brutes.
- **Dette** : si la feuille intitulée Dette ne reflète pas un secteur en tant que tel, elle exerce une fonction simple en prenant les débours de la dette, les combinant avec l'encours de la dette existante et les remboursements prévus, pour faire des projections sur les variables de la dette dans l'avenir.

Les différentes feuilles sont reliées entre elles pour assurer la cohérence, comme nous le verrons plus loin. Des feuilles de travail supplémentaires sont utilisées pour regrouper les hypothèses macroéconomiques clés, inclure les données sur les ressources pour la santé et présenter les tableaux d'indicateurs macroéconomiques.

### A.1.3 Démarche théorique

Le cadre utilise quatre identités comptables macroéconomiques pour assurer la cohérence entre les différents secteurs de l'économie. Une identité comptable macroéconomique est une relation entre un ensemble de variables économiques qui doivent être vraies par définition. Par exemple, le PIB doit être égal à la somme de ses composantes (investissement, consommation, importations et exportations). Chaque secteur a sa propre identité comptable.

Le cadre assure la cohérence entre les secteurs de deux façons. Tout d'abord, le cadre macroéconomique s'assure que toutes les identités comptables sont respectées. Il le fait grâce à l'utilisation d'un élément « résiduel », qui est défini par une formule pour s'assurer que l'identité est toujours vraie. Par exemple, si nous avons déjà déterminé le PIB, les investissements, les importations et les exportations, alors il ne peut y avoir qu'une valeur de consommation conforme à l'identité comptable du secteur réel (par exemple  $\text{consommation} = \text{PIB} - \text{investissement} - \text{exportations} + \text{importations}$ ). Dans ce cas, la consommation est connue comme le « résiduel ».

Deuxièmement, le cadre macroéconomique s'assure que chaque fois qu'une variable figure dans plusieurs secteurs, les projections pour cette variable sont les mêmes dans les deux secteurs. Par exemple, les importations figurent dans le secteur réel (comme une composante du PIB) et le secteur extérieur (comme une composante du compte courant). Ainsi, le cadre macroéconomique fera en sorte que toutes les valeurs qui sont utilisées pour les importations dans le secteur extérieur sont également utilisées dans le secteur réel.

### A.1.4 Identités comptables macroéconomiques

Cette section examine les identités comptables utilisées dans chaque secteur et le résiduel qui est utilisé pour les équilibrer.

#### A.1.5 Le secteur réel

Identité de base :

*PIB = consommation (privé + public) + investissement (privé + public) + exportations - importations*

Résiduel :

*consommation privée*

Le postulat principal dans ce secteur est celui de la croissance du PIB réel. Ceci est utilisé pour extrapoler le chiffre actuel pour le PIB dans les années à venir. Une hypothèse est également formulée au sujet de l'évolution future du déflateur du PIB afin d'effectuer une conversion entre le PIB réel et le PIB nominal.

Après avoir déterminé la valeur du PIB dans les années à venir, il est nécessaire de déterminer sa composition. La consommation publique (c'est-à-dire les dépenses courantes des administrations) et les investissements publics (c'est-à-dire les dépenses de développement publiques) sont déterminés par la feuille Budgétaire (cf. ci-dessous). En formulant des hypothèses sur la part de l'investissement dans le PIB, il est possible d'estimer les données sur l'investissement. Enfin, les importations et les exportations sont liées à la feuille intitulée Extérieur (cf. ci-dessous).

Par conséquent, après avoir déterminé la valeur totale du PIB et tous sauf un de ses composants, la composanté « résiduel » doit être définie pour assurer la cohérence avec l'identité comptable de base. Dans ce cas, la consommation privée est utilisée comme le « résiduel » et est égale au PIB + importations, moins les exportations, l'investissement privé et les dépenses publiques totales.

#### A.1.6 Le secteur fiscal

Identité de base :

*Total des recettes – dépenses totales = emprunt net*

Résiduel :

*Décaissements nets de la dette intérieure*

Ce secteur se concentre sur le budget du gouvernement. Tout d'abord, les recettes fiscales sont déterminées (sur la base d'une hypothèse sur sa part dans le PIB) ainsi que d'autres sources de revenus, telles que les subventions et les recettes non fiscales. Des subventions externes sont converties en monnaie nationale en utilisant le taux de change.

Des hypothèses concernant les dépenses du gouvernement (à l'exclusion du service de la dette) sont formulées. Les paiements d'intérêt sur la dette sont calculés dans la feuille intitulée Dette, de

sorte qu'un déficit plus élevé en un an se reflète en des paiements d'intérêt plus élevés dans l'année suivante. Ces facteurs déterminent le déficit global du gouvernement et par conséquent les besoins du gouvernement en termes d'emprunt. Les décaissements futurs et les remboursements sur le principal de la dette extérieure sont déterminés selon l'hypothèse et convertis en monnaie nationale en utilisant le taux de change.

Reste plus qu'à déterminer les versements nets sur la dette intérieure. C'est là le résiduel dans ce secteur et il établit à un niveau tel qu'il permet d'équilibrer les emprunts avec le déficit global.

### A.1.7 Le secteur monétaire

Identité de base :

*Actifs étrangers nets + actifs domestiques nets = masse monétaire*

Résiduel :

*Créances nettes sur les autres secteurs (une composante des actifs domestiques nets)*

Les actifs étrangers nets sont déterminés par le flux net de devises dans le pays, qui est donné par la variation des réserves officielles de la balance des paiements (c'est-à-dire de la feuille Extérieur).

Les actifs domestiques nets comprennent les créances nettes du gouvernement et les créances nettes sur d'autres secteurs (par exemple le secteur privé). Les créances nettes du gouvernement sont déterminées par l'encours de la dette publique, qui est directement tiré de la feuille intitulée Dette. Les créances nettes sur d'autres secteurs constituent le résiduel dans ce secteur et sont donc calculées à la fin.

La masse monétaire au sens large peut être déduite de la relation économique entre le PIB nominal, la masse monétaire et la vitesse de circulation de l'argent ( $PY = vM$ ). La masse monétaire au sens large est ainsi calculée en divisant le PIB nominal par un chiffre hypothétique représentant la vitesse de circulation de l'argent.

Chaque variable étant déterminée en utilisant les hypothèses ci-dessus, les créances nettes sur d'autres secteurs constituent le résiduel et sont définies pour s'assurer du respect de l'identité comptable pour ce secteur. Elles sont égales à la masse monétaire au sens large, moins les actifs étrangers nets et moins les créances nettes du gouvernement.

### A.1.8 Le secteur extérieur

Identité de base :

*Compte courant + compte de capital + compte financier + erreurs et omissions = évolution des avoirs de réserve officiels*

Résiduel :

*Évolution des avoirs de réserve officiels*

Le secteur extérieur est essentiellement une représentation de la balance des paiements, qui capte le flux de devises qui entrent et sortent du pays en question. Le compte courant est

déterminé par les hypothèses sur l'importation et l'exportation de biens et services, de revenus et de transferts de fonds. Le compte courant inclut également le service de la dette du gouvernement (extrait de la feuille intitulée Dette) et des subventions d'appui budgétaire étrangers (extrait de la feuille intitulée Budgétaire).

Le compte de capital inclut des subventions étrangères pour des projets (extrait de la feuille intitulée Budgétaire). Le compte financier nécessite des hypothèses au sujet des investissements directs étrangers et des investissements de portefeuille. Les seules autres composantes importantes du compte financier sont les débours et les remboursements des prêts que le gouvernement a contractés à l'étranger, qui sont tirées des hypothèses de la feuille intitulée Fiscalité.

Il est supposé que les erreurs et omissions équivalent à zéro à l'avenir. Le seul élément restant est l'évolution des réserves monétaires officielles, qui est utilisé comme résiduel pour garantir la cohérence de cette feuille. L'évolution des réserves officielles est donc constituée de la somme du compte courant, du compte de capital et du compte financier.

### **A.1.9 Principaux liens entre les secteurs**

Comme indiqué plus haut, la deuxième source de cohérence provient de l'utilisation d'un seul ensemble de prévisions chaque fois qu'une variable apparaît dans deux secteurs différents. Le Tableau A.1 résume les liens entre les différentes feuilles. Il est important de noter que le lien est créé à partir de la feuille figurant sur le côté gauche de la liste des feuilles, au dessus du tableau (c'est-à-dire les éléments importés de la feuille intitulée Extérieur sont transférés à la feuille intitulée Réel.) Pour éviter toute confusion, seuls les liens les plus importants sont affichés et ils correspondent aux liens mentionnés dans le texte ci-dessus.

En utilisant le cadre ci-dessus, il est possible d'agréger les prévisions économiques et ses différents secteurs, de manière à obtenir juste une poignée d'hypothèses. À l'aide de ces hypothèses, les liens et identités décrits ci-dessus et grâce à quelques précisions, il est possible de faire des projections sur un éventail de variables macroéconomiques et d'indicateurs dans le futur.

Le cadre fonctionne donc en conservant les projections du FMI pour le court et le moyen terme et en formulant un certain nombre d'hypothèses de premier ordre pour les principales variables macroéconomiques à long terme. Ces hypothèses sont fondées sur une extrapolation des projections à moyen terme du FMI et une analyse des informations disponibles sur l'économie du pays en question.

**Tableau A.1 Principaux liens intersectoriels dans le cadre macroéconomique**

À	Réel	Budgétaire	Dette	Monétaire	Extérieur
De					
Réel		PIB (pour les projections de revenus)		PIB (pour les projections de la masse monétaire au sens large)	
Budgétaire	Dépenses publiques		Décaissements nets sur la dette intérieure  Versements sur la dette extérieure		Subventions externes  Versements sur la dette extérieure
Dette		Paiements d'intérêts  Remboursements de principal sur la dette extérieure		Encours de la dette (pour les actifs domestiques nets)	Intérêt sur dette commerciale  Remboursements de principal sur la dette extérieure
Monétaire					
Extérieur	Importations  Exportations		Taux de change	Évolution des avoirs de réserve officiels	

### A.1.10 Intégration des ressources destinées au secteur de la santé

Les ressources destinées au secteur de la santé peuvent être divisées en deux formes : recettes et dépenses. Il est important d'être clair sur la distribution pour éviter la double comptabilisation des ressources. Par exemple, une subvention provenant d'un donateur serait incluse comme un revenu mais pourrait également être considérée comme une dépense par le gouvernement. Le Tableau A.2 indique les ressources de santé prises en compte dans le cadre macroéconomique et les secteurs auxquels elles sont directement liées.

**Tableau A.2 Flux de ressources destinées au secteur de la santé dans le cadre macroéconomique**

Ressources financières	Liens intersectoriels
<b><u>Revenus</u></b>	
Subventions étrangères pour des projets incluses dans le budget	Budgétaire, Extérieur
Subventions étrangères pour des projets non incluses dans le budget	Aucun
Prêts étrangers aux projets	Budgétaire, Extérieur, (Dettes)
Recettes fiscales et non fiscales collectées par le gouvernement et réservés à la santé	Budgétaire
Emprunt intérieur par le gouvernement et affectés à la santé	Budgétaire, (Dettes)
<b><u>Dépenses</u></b>	
Dépenses (courantes) du gouvernement	Budgétaire
Dépenses au titre de subventions étrangères pour des projets, non incluses dans le budget	Aucun
Dépenses par des particuliers et des entreprises	Réel

Ces ressources sont intégrées dans les secteurs appropriés du cadre macroéconomique. Cela garantit la cohérence à la fois des projections macroéconomiques et des projections de dépenses de santé de deux façons.

*Tout d'abord*, les ressources qui sont déterminées de manière exogène (que ce soit par l'intermédiaire de facteurs externes ou par des décisions stratégiques) sont liées au cadre macroéconomique afin que l'évolution de ces variables ait un impact macroéconomique. Par exemple, des subventions plus élevées de donateurs extérieurs peuvent i) augmenter les dépenses publiques dans le secteur budgétaire et ii) accroître l'évolution des réserves officielles de liquidités dans le secteur extérieur (entre autres effets). De même, toute décision d'augmenter les impôts pour financer la santé i) augmentera le déficit et l'emprunt national et ii) en raison de paiements d'intérêts plus élevés sur cette dette, augmentera encore le déficit au cours des années à venir (encore une fois, entre autres effets).

*Deuxièmement*, les ressources du secteur de la santé peuvent être liées à des variables macroéconomiques pour modéliser leur taille selon différents scénarios. Par exemple, les prêts et subventions externes seront convertis en monnaie locale via le taux de change et les ressources

nationales peuvent être liées à la croissance du PIB afin d'observer comment elles évoluent selon différents scénarios.

En utilisant le cadre ci-dessus, il est alors possible d'insérer des hypothèses différentes pour les principales variables macroéconomiques et les différents mécanismes de financement de la santé afin d'examiner les scénarios relatifs aux dépenses du secteur de la santé dans l'avenir. Ces scénarios peuvent être soutenus par divers indicateurs permettant d'évaluer la plausibilité du scénario (par exemple la part des dépenses de santé dans le PIB est-elle excessive ?) et sa stabilité macroéconomique (par exemple la dette publique est-elle durable ? ; La balance des paiements est-elle stable ?).

## A.2 Données et hypothèses

### A.2.1 Séries temporelles

Les résultats sont présentés par années calendaires, de janvier à décembre. Les données et les résultats couvrent la période 2009 - 2025 et le point de référence pour les projections est 2013.

### A.2.2 Données macroéconomiques

Les données macroéconomiques sous-jacentes proviennent du cadre macroéconomique du FMI et du Bénin qui figure dans les publications de l'Article IV. Ceci couvre la période 2009 - 2013.

La base de données du FMI, Perspectives de l'économie mondiale, et les publications les plus récentes du FMI sur le Rwanda en vertu de l'Article IV sont ensuite utilisées pour réaliser des projections à court terme : 2014 à 2016. Les estimations à court terme ont été approuvées par les gouvernements des pays et peuvent donc être considérées comme des données officielles nationales, tandis que les projections à moyen terme (jusqu'en 2019) dans le même temps sont produites par les services du FMI.

Après 2019, la méthodologie de projection budgétaire à plus long terme (jusqu'à 2025) est présentée dans le Tableau A.3. Les dépenses publiques nationales et les revenus du Bénin devront augmenter pour atteindre des proportions moyennes pour les pays à revenu intermédiaire, un statut qu'il devrait atteindre d'ici 2021. Au cours des dix prochaines années, ces ratios budgétaires devront tenir compte des besoins économiques d'un pays à revenu intermédiaire. Les moyennes en fonction de la catégorie de revenu ont été trouvées dans la base de données de la Banque mondiale sur les indicateurs de développement. D'autres variables clés tels que les taux de change restent stables à plus long terme.

**Tableau A.3 Objectifs macroéconomiques en fonction de la catégorie de revenu**

	Revenu faible	Revenu intermédiaire
<b>Impôt/PIB</b>	17 %	24 %
<b>Dépenses courantes/PIB</b>	14 %	21 %
<b>Fonds de donateurs/PIB</b>	8,0 %	0,3 %

Source : indicateurs de développement de la Banque mondiale

Les hypothèses qui sous-tendent des variables macroéconomiques clés du Bénin sont les suivantes :

- la *croissance nominale* passe de 7,4 % par an à partir de 2015 - 2019 à 8 % d'ici 2025 ;
  - l'*inflation* reste inférieure à 10 % puis passe à 3 % d'ici 2025 ;
- ⇒ la *croissance réelle* s'établit à 5,3 % par an sur les dix ans. Et permet d'atteindre le statut de pays à revenu intermédiaire d'ici 2021.

Cela donne un scénario classique et permet de comparer les indicateurs macroéconomiques clés résultant de l'intégration du secteur de la santé dans les scénarios.

Il faut noter qu'avec ce point de référence, une hypothèse fondamentale est que le financement extérieur diminuera en termes réels au cours de la période considérée.. Cette hypothèse affecte les projections macroéconomiques - ainsi que les scénarios de financement du secteur de la santé - à travers la prise en compte de l'appui budgétaire et programmatique comme recettes publiques. La partie A.4 de la présente annexe donne un aperçu de la raison de la baisse de l'aide au développement dans un avenir proche. En somme, les sources indiquent qu'à moyen terme, les financements externes resteront stables au mieux et diminueront dans les pays à faible revenu<sup>26</sup>.

### A.2.3 Données sur les dépenses de santé

Le modèle comprend des détails sur le financement qui sont disponibles pour le secteur de la santé, quel qu'en soient les sources. Les données de base (2009 - 2013) proviennent de la base de données de l'Organisation mondiale de la santé sur les dépenses mondiales de santé qui donne accès aux données des comptes nationaux de la santé. Les projections sont ensuite calculées en utilisant les hypothèses suivantes<sup>27</sup> :

**Dépenses de santé publiques** : Elles augmentent avec une élasticité de la croissance nominale de 1,1 selon les résultats économétriques internationaux (cf. McIntyre et Meheus, 2014). Cela suppose que le financement du gouvernement au secteur de la santé va augmenter à un rythme légèrement plus rapide que la croissance nominale, c'est-à-dire qu'au fur et à mesure que le pays s'enrichit, il investit proportionnellement plus dans ses services de santé. Cette croissance est plafonnée lorsque les dépenses publiques de santé atteignent 20 % du budget total du gouvernement en fonction du classement des dix premiers pourcentages du ratio dépenses de santé globales du gouvernement par rapport au ratio de dépenses générales.

**Financement international** : Les taux de croissance à moyen terme (2013 - 2015) ont été tirés des projections de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) - (Base de données en ligne de l'OCDE-CAD, CRS). À plus long terme, la tendance en matière de financement des donateurs pour la santé est égale à la variation annuelle de l'APD globale (selon le ratio financement externe/PIB correspondant au statut de revenu pertinent pour chaque pays, cf. Tableau A.3). Toutefois, lorsque cela conduit à une augmentation des financements extérieurs pour la santé, un niveau nominal stable de financement externe est imposé.

**Dépenses des ménages** : Elles augmentent avec une élasticité de la croissance nominale de 0,86 selon les résultats économétriques internationaux (cf. McIntyre et Meheus, 2014). Cela suppose que la nécessité de dépenses individuelles par les ménages va croître à un rythme légèrement plus lent que la croissance nominale, c'est-à-dire qu'au fur et à mesure que le pays s'enrichit, le fardeau de la santé pèse moins sur les citoyens en ce qui concerne les dépenses *ad hoc*.

<sup>26</sup> Cf. : <http://www.oecd.org/newsroom/aid-to-developing-countries-rebounds-in-2013-to-reach-an-all-time-high.htm>, and <http://devpolicy.org/reports/PB7-Global-aid-in-2013.pdf>.

<sup>27</sup> Cette méthode d'extraction d'informations de la base de données des comptes nationaux de santé comporte un risque, celui de sous-estimer les dépenses publiques pour la santé et de surestimer de la consommation privée. Par conséquent, les rapports des comptes nationaux de la santé spécifiques à un pays sont utilisés pour confirmer les dépenses. S'ils ne sont pas disponibles, les données budgétaires sont utilisées, ou une autre source comme un examen des dépenses publiques, etc.

**Dépenses de sociétés privées** : Elles augmentent parallèlement à l'inflation afin de refléter la hausse du coût des services de santé. Ce secteur représente une faible proportion des sources de financement des soins de santé.

Sur la base de ces hypothèses, le modèle suppose un scénario classique. Les deux points clés sont les suivants :

- i. il n'y a pas de grands changements de politique du gouvernement central en vue d'augmenter le financement du secteur de la santé, et
- ii. le flux de ressources des bailleurs de fonds ne circule pas aussi rapidement dans le secteur de la santé comme c'était le cas au cours de la dernière décennie.

#### **A.2.4 Les besoins en ressources**

Ceux-ci décrivent le niveau de financement estimatif nécessaire pour fournir le niveau de base des services de santé dont un pays a besoin.

Les **Besoins de santé** sont établis de manière à tenir compte des trois options de dépenses maximales selon les normes internationales de financement de la santé en vigueur (cf. McIntyre et Meheus, 2014). Cela porte le pays à la moyenne mondiale pour les dépenses de santé comme suit :

- 86 USD/habitant ;
- 5 % du PIB ; ou
- dépenses actuelles de santé par le gouvernement et les donateurs.

#### **A.2.5 Insuffisance des ressources**

D'après les données macroéconomiques, il existe un déficit de financement des besoins en matière de santé et de ressources, c'est-à-dire quel est le montant disponible dans un pays pour la santé par rapport au montant nécessaire pour répondre aux besoins essentiels en matière de santé. Deux scénarios peuvent être établis en conséquence :

**Scénario 1 : Cas classique** - Compare les besoins du secteur de la santé aux dépenses publiques et à l'aide publique au développement.

⇒ Le **Scénario 1** présente la situation en supposant que les besoins ne changent pas, il n'y a pas de changements de politique dans les dépenses et les bailleurs de fonds commencent à réduire leurs flux de revenus et par conséquent il y aura un déficit de financement de la santé.

**Scénario 2 : Action innovante** - Selon le scénario 1, mais avec l'inclusion d'une nouvelle source alternative de financement - des taxes spéciales.

⇒ Le **Scénario 2** présente un avenir possible où les gouvernements prennent une position proactive pour répondre aux besoins de santé des citoyens afin de compenser la baisse du financement des donateurs.

#### **A.2.6 Taxes spéciales**

Il existe cinq types de nouvelles sources alternatives de financement envisagées dans le modèle comme moyens de combler le déficit de ressources :

- Taxe sur les transferts de fonds ;
- Taxe sur les crédits de communication de la téléphonie mobile ;

- Taxe sur l'alcool ;
- Taxe sur le transport aérien ; et
- Jeux de hasard pour la santé.

Les estimations des niveaux de revenus potentiels provenant des cinq nouvelles sources domestiques sont calculées en utilisant les données du Bénin trouvées si possible et d'autres pays qui ont mis en œuvre ces sources innovantes. Leurs résultats ont été résumés en termes de revenu moyen en pourcentage du PIB. Ceux-ci sont additionnés et ajoutés au financement du budget disponible et un nouveau déficit de financement est calculé. Il est à noter que la somme de tous ces prélèvements est incluse dans le scénario et il est peu probable que toutes ces options soient mises en œuvre. Un gouvernement peut plutôt en choisir une ou deux. Cela réduirait l'impact financier.

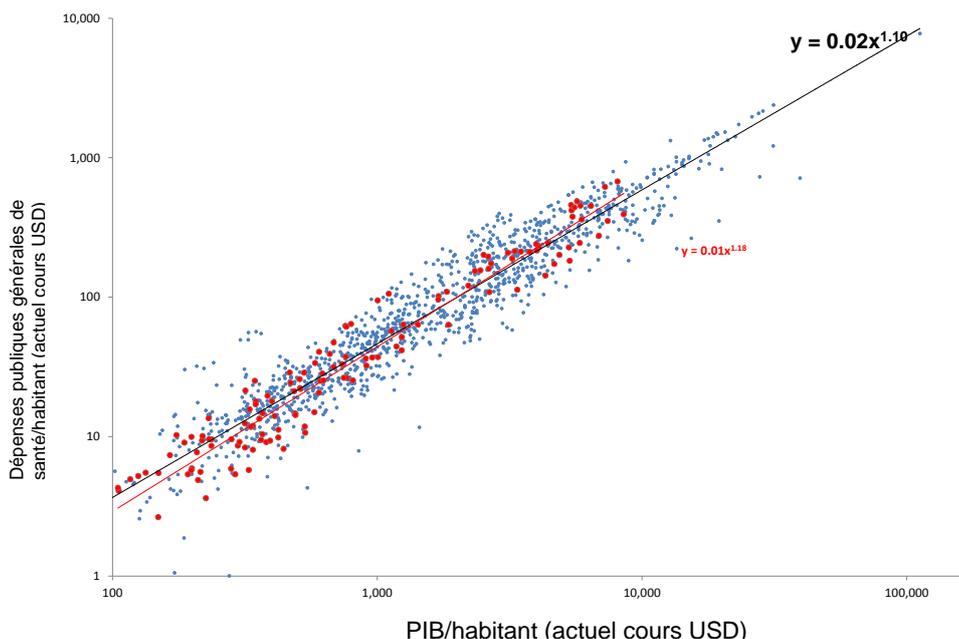
### **A.3 Les résultats de la régression pour la croissance des dépenses publiques et individuelles**

Le socle méthodologique pour les dépenses publiques dans le secteur de la santé et les multiplicateurs de dépenses individuelles en rapport au PIB sont les élasticités obtenues comme suit.

**Le schéma global des dépenses totales de santé** (ce qui inclut à la fois les dépenses publiques et privées) est étroitement lié au PIB national. Les données provenant de l'Organisation mondiale de la santé sur la base des comptes nationaux de la santé pour les années 2001 - 2011 montrent que la moyenne mondiale des dépenses totales de santé est de 7,2 % du PIB. Les dépenses publiques dans le secteur de la santé (dépenses des administrations publiques sur la santé seulement) se situent en moyenne à 5,7 % du PIB à l'échelle mondiale.

Toutefois, les dépenses totales en matière de santé ne sont pas tout à fait proportionnelles au PIB. Le Graphique A.1 montre un diagramme de dispersion des dépenses totales de santé au regard du PIB (par habitant dans les deux cas) par pays pour les années 2001 - 2011. Comme on peut le voir, les dépenses totales en matière de santé sont fortement corrélées au PIB (la valeur de la racine carrée est de 0,94 bien que le tracé logarithmique cache un grand écart, en particulier lorsque les niveaux de PIB par habitant sont élevés). Globalement, les dépenses totales en matière de santé montrent une élasticité d'environ 1,1 par rapport au PIB. Cela implique que l'ensemble des dépenses publiques pour la santé évolue d'environ 10 % plus vite que le PIB.

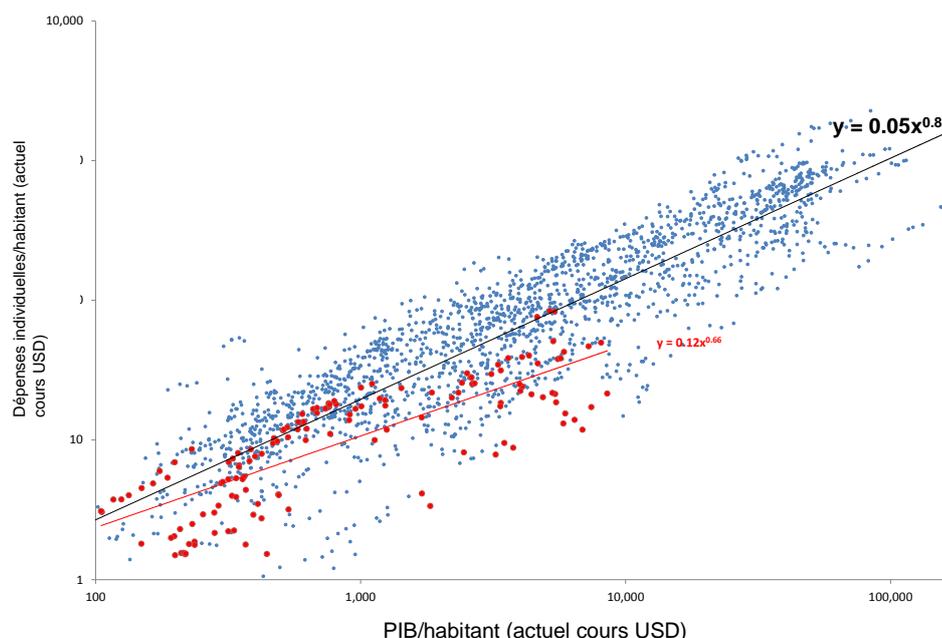
**Graphique A.1 : Dépenses publiques générales en matière de santé et PIB**



**Les dépenses individuelles** de santé varient un peu plus que les dépenses totales de santé, mais les Comptes nationaux de la santé montrent également une corrélation avec le PIB mondial, comme le montre le Graphique A.2.

Comme on peut le voir, l'élasticité globale des dépenses individuelles est d'environ 0,86 - ce qui implique que les dépenses individuelles augmentent plus lentement que le PIB et qu'elles constituent une plus grande proportion du revenu des ménages dans les pays plus pauvres. Cela implique que les dépenses individuelles sont significativement plus faibles en proportion du revenu des ménages dans les pays où le PIB par habitant est plus élevé.

**Graphique A.2 Dépenses individuelles et PIB**



Source : Robert Greener, OPM

Remarque : les régressions ont utilisé les données des CNS combinées avec les estimations du PIB du FMI sur un panel de données. Le but de ces graphiques est vraiment de positionner les pays de la SADC dans un contexte mondial, non

pas de proposer des élasticités spécifiques aux pays de la SADC qui seraient valables sur le plan international. Les résultats sont pertinents pour les études de cas de pays spécifiques.

## A.4 Projections des financements des bailleurs de fonds : méthodologie

Dans cette analyse une hypothèse clé est que le financement extérieur diminuera en termes réels au cours de la période considérée. Cette hypothèse affecte les données macroéconomiques (à travers les recettes budgétaires et le déficit) ainsi que les scénarios de financement spécifiques au secteur de la santé. Cette section donne un aperçu des tendances passées de l'aide publique au développement et les raisons de la baisse de l'aide au développement dans un avenir proche.

Les taux de croissance à moyen terme (2014 - 2016) pour le financement international proviennent de l'OCDE. Les projections de l'OCDE estiment que la croissance de l'aide internationale sera de 9 % en 2013 et restera nulle pour trois années, de 2014 à 2016. Ceci concerne l'ensemble de l'APD de tous les donateurs à tous les pays.

En comparant les décaissements historiques de l'APD globale, l'APD pour la santé, l'APD pour l'Afrique sub-saharienne, l'APD pour la santé en Afrique sub-saharienne, - cf. Graphique A.3 - il est clair que les tendances sont similaires. Par conséquent, il a été supposé que les décaissements à moyen terme pour la santé ne seraient pas sensiblement différents des fonds que les donateurs octroient aux pays bénéficiaires de l'APD en général. Les taux de croissance annuels de l'APD globale ont été superposés aux données de référence pour chaque pays.

À plus long terme, deux sources suggèrent que l'APD globale sera stable (OCDE et Development Policy Centre) :

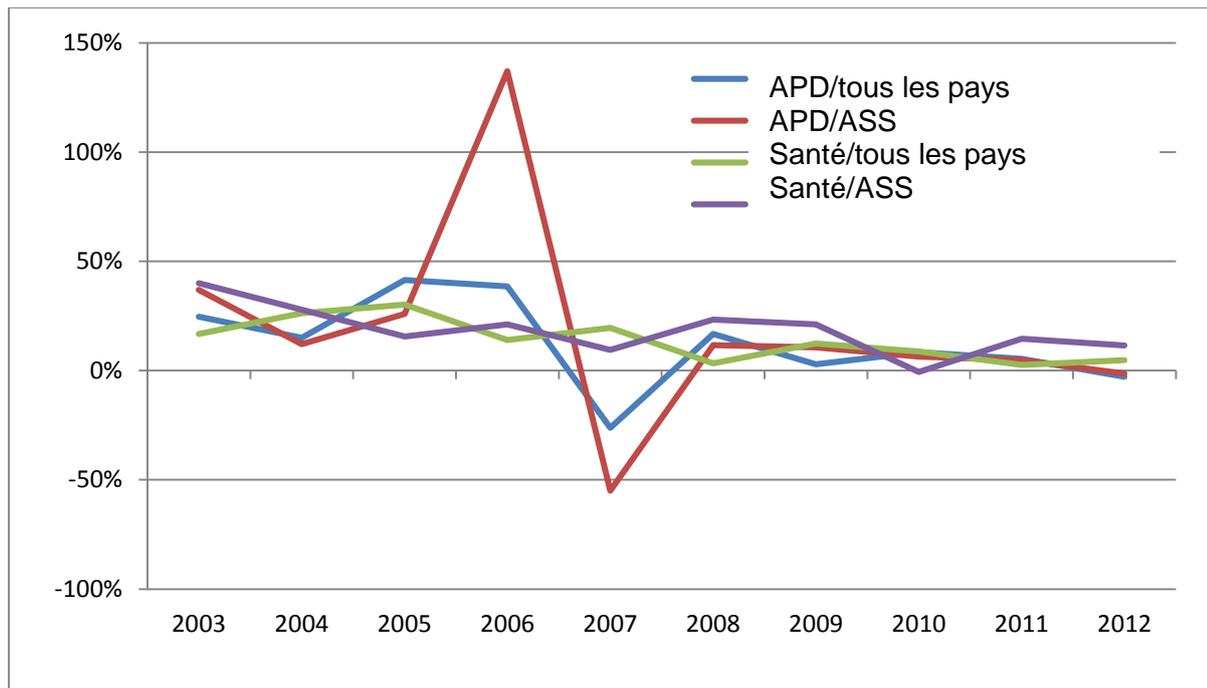
- L'OCDE suggère une hausse pour les pays à revenu intermédiaire et une baisse pour les pays à faible revenu (surtout en Afrique) - du fait de la disponibilité de prêts concessionnels par rapport aux subventions. Il pourrait y avoir un mouvement vers l'Asie et par conséquent l'aide à l'Asie serait égale à celle accordée à l'Afrique<sup>28</sup>.
- Le Development Policy Centre conclut que les sources traditionnelles d'aide peuvent s'amenuiser, mais qu'elles pourraient être compensées par la hausse de sources non traditionnelles, conduisant à un « niveau global d'aide extérieure pour les pays en développement qui reste stable pendant plusieurs années »<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> <http://www.oecd.org/newsroom/aid-to-developing-countries-rebounds-in-2013-to-reach-an-all-time-high.htm>.

<sup>29</sup> Davies, R et la O', M. (2013).

**Graphique A.3 Comparaison des décaissements de l'APD (variation annuelle)**



Source : projections de : Perspectives de l'OCDE sur l'aide ([http://www.oecd.org/dac/aid-architecture/OECD Outlook on Aid 2013.pdf](http://www.oecd.org/dac/aid-architecture/OECD_Outlook_on_Aid_2013.pdf))