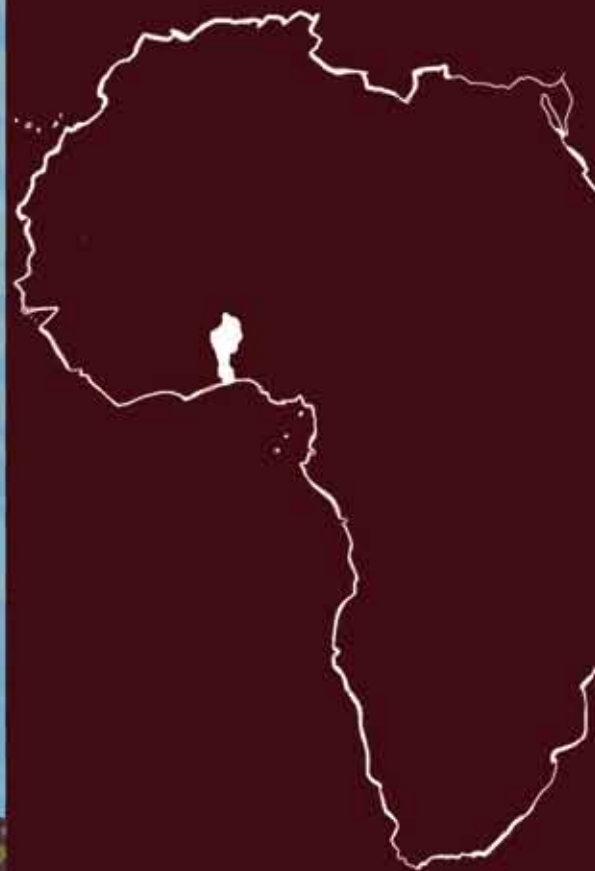


# COMMENT BÉNÉFICIER DU DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE ?

La démographie au centre des trajectoires de  
développement dans les pays de l'UEMOA

ANALYSE PAYS **BENIN**



Etude coordonnée  
par Initiatives Conseil  
International, Burkina Faso

Auteur :  
Jean-Pierre Guengant,  
Directeur de recherche émérite IRD,  
coordinateur scientifique

Avec la collaboration de :  
Yarri Kamara, économiste  
et de Nicolas de Metz, logisticien

Consultant pays :  
Koladé Okoudjou,  
statisticien-économiste.



Etude financée par

---

## Avertissement

Cette analyse pays Bénin constitue une des douze analyses produites dans le contexte du projet « Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA, ainsi qu'en Guinée, au Ghana, en Mauritanie et au Nigeria ».

Cette analyse est publiée par l'Agence Française de Développement dans un premier temps en **version non définitive** à l'occasion de la conférence « population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir » (Ouagadougou, 8-11 février 2011).

Une publication reliée à paraître en 2011 compilera l'ensemble des analyses pays définitives développées à cette occasion.

Cette publication préliminaire a été réalisée avec le soutien de Vincent Joguet, Division de la communication, AFD.

Pour de plus amples informations, contacter Sarah Lahmani, Division animation et prospective, Direction de la stratégie, AFD, [lahmanis@afd.fr](mailto:lahmanis@afd.fr)

**Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence Française de Développement ou des institutions partenaires.**

---

## Contexte et méthodologie de cette analyse

Contrairement à une idée reçue, le futur démographique de l'Afrique subsaharienne n'est pas écrit. Selon la révision 2008 des projections de population de la Division de la Population des Nations unies (publiée en mars 2009), la population de l'Afrique subsaharienne, estimée en 2010 à 860 millions d'habitants, pourrait se situer en 2050 entre 1,5 milliard et 2 milliards d'habitants selon que la fécondité baisse d'environ 5 enfants par femme en 2010, à 2 ou 3 enfants par femme en moyenne en 2050. Ces hypothèses supposent cependant implicitement une augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception de 1 à 1,5 point de pourcentage par an dans les 15 ou 20 prochaines années. Or, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, qui représentent plus de la moitié de la population d'Afrique subsaharienne, l'augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception moderne au cours des 20 dernières années a été de 0,3 point par an en Afrique de l'Ouest et de 0,2 point en Afrique centrale.

Les enjeux sociaux, économiques et politiques associés aux diverses trajectoires démographiques que l'on peut imaginer en analysant correctement les données disponibles sont énormes. Il s'agit de la capacité des pays à satisfaire les besoins essentiels de leurs populations en santé et en éducation. Il s'agit aussi de la possibilité ou non pour les systèmes agraires africains de réduire l'insécurité alimentaire et nutritionnelle qui touche de nombreux pays, en milieu urbain comme en milieu rural. Il s'agit également de la capacité des Etats et des pouvoirs locaux à élaborer et à mettre en œuvre des politiques efficaces en vue d'un développement durable (préserver l'environnement, prévenir les conflits, assurer la sécurité des biens et des personnes, équiper et gérer un nombre croissant d'agglomérations et accompagner l'émergence d'économies urbaines dynamiques...).

De façon à éclairer précisément la situation dans chacun des pays de l'UEMOA, une série d'analyses pays a été réalisée dans le contexte de la préparation de la **conférence "Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir" (Ouagadougou, 8-11 février 2011)** organisée conjointement par le Ministère des affaires étrangères et européennes, l'USAID, l'AFD, la Fondation Gates et la Fondation Hewlett, avec l'appui d'Equilibres et Populations. Ces analyses doivent être considérées comme des contributions aux réflexions en cours dans chaque pays sur la formulation d'un diagnostic et l'élaboration des politiques et programmes à mettre en œuvre pour conforter et accélérer la croissance économique et réduire la pauvreté. Ces contributions à l'analyse de la situation dans divers pays seront complétées par une synthèse régionale et les divers documents produits seront accessibles depuis le site internet de l'AFD.

Plusieurs horizons temporels ont été adoptés pour la réalisation de ces contributions. Tout d'abord, chaque fois que possible, l'objectif était de retracer à l'aide de divers indicateurs les évolutions démographiques économiques et sociales depuis 1960, année de l'indépendance de la plupart des pays de la sous-région. Les résultats obtenus permettent de mesurer l'ampleur des efforts réalisés dans chaque pays, notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé, deux composantes essentielles du capital humain. Mais ces contributions permettent aussi de mieux appréhender l'ampleur des efforts qui restent à accomplir. Par ailleurs, des projections de populations avec diverses hypothèses couvrant la période 2010-2050 ont été réalisées. Les résultats obtenus à l'horizon 2050 n'ont pas d'autre objectif que d'esquisser divers futurs possibles à 40 ans d'échéance, c'est-à-dire "après-demain" et d'amorcer une réflexion à ce sujet. Mais les résultats obtenus pour 2020 et 2030, c'est-à-dire "demain", mettent en évidence à la fois les tendances lourdes, incontournables, auxquelles il faudra bien s'adapter et les marges de manœuvre possibles pour influencer la dynamique démographique et satisfaire plus ou moins bien les besoins des populations, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation. L'analyse de diverses politiques et de plusieurs programmes (publics et privés) passés ou en cours complète ce tableau avec le souci d'améliorer leurs impacts.

Les données utilisées pour réaliser ces contributions sont diverses. Elles comprennent les données publiées par les institutions nationales, notamment par les Instituts de Statistiques ou leurs équivalents et les données disponibles dans les bases de données internationales. Mais chaque fois que possible, les données nationales, en particulier celles accessibles sur les sites web des Instituts de Statistiques, ont été privilégiées. Les références des bases de données internationales utilisées sont indiquées dans chaque contribution ; les plus utilisées ayant été celles de la Division de la Population des Nations unies, de la Banque mondiale et de *Measure DHS* (pour les Enquêtes Démographiques et de Santé). Pour ce qui concerne les stratégies, les politiques, les plans et programmes dans les domaines de la population, de la santé, de la santé de la reproduction, ou de la réduction de la pauvreté et autres politiques sectorielles (éducation, sécurité alimentaire,

approvisionnement en eau potable, accès à des systèmes d'assainissement, aménagement du territoire), les documents utilisés sont les documents originaux émanant des Ministères ou autres services officiels nationaux. En fonction de leur accessibilité, ces documents ont été collectés par les consultants nationaux directement auprès de ces services ou *via* leurs sites internet. De même, les documents utilisés concernant les partenaires internationaux et privés ayant des activités en matière de population et en santé de la reproduction sont ceux fournis par les consultants nationaux ou bien ont été collectés *via* leurs sites internet lorsque disponibles. Les sources et les références exactes de ces documents sont également précisées.

Afin de pas trop alourdir ces contributions, on a essayé de se limiter aux documents les plus récents, mais tous les documents récents disponibles sur la population, la santé, la santé de la reproduction etc. n'ont pas nécessairement été cités. Par ailleurs, certains domaines qui pourtant ont un rapport avec la population, tels que l'environnement, n'ont pas été traités. Nous regrettons ces limitations, mais il était difficile de prétendre à l'exhaustivité dans un domaine aussi complexe que celui des relations entre croissance démographique et développement. Enfin, dans la plupart des cas, les données et documents utilisés sont ceux qui étaient disponibles au 3<sup>ème</sup> trimestre 2010. Dans certains pays et dans quelques-uns des domaines couverts, la publication de données nouvelles et/ou l'adoption de stratégies, politiques, plans, programmes après la finalisation de la contribution sont évidemment susceptibles de d'affecter les analyses, commentaires et interprétations de certaines parties rédigées, à partir de données et documents, qui fin 2010, n'étaient pas les plus récents. Le lecteur nous en excusera également, mais il s'agit là d'une contrainte habituelle de ce type de travail.

# Sommaire

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>La forte croissance démographique du Bénin va se poursuivre.....</b>	<b>7</b>
	2.1 Un accroissement important de la population qui s'est accéléré.....	7
	2.2 Deux fois plus de Béninois en 2030, trois fois plus en 2050 ? .....	11
<b>3</b>	<b>Le Bénin face aux défis de la croissance et de l'amélioration de son capital humain.....</b>	<b>17</b>
	3.1 Quels impacts de la croissance démographique sur la croissance économique ? .....	17
	3.2 Quels impacts de la croissance démographique sur l'éducation ?.....	21
	3.3 Quels impacts sur la santé et sur la santé de la reproduction ?.....	23
	3.4. Comment le Bénin peut-il bénéficier du dividende démographique ? .....	26
<b>4</b>	<b>Les politiques publiques du Bénin face aux défis démographiques .....</b>	<b>29</b>
	4.1 Les politiques de population .....	29
	4.2 Les politiques de santé et en santé de la reproduction .....	30
	4.3 Les Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté.....	32
	4.4 Les politiques sectorielles.....	34
	4.5 Cohérence, articulation des politiques, plans et programmes.....	35
<b>5</b>	<b>Comment gérer la variable population au Bénin ?.....</b>	<b>37</b>
	5.1 Les partenaires en population et santé de la reproduction.....	37
	5.2 Peut-on accélérer la baisse de la fécondité ? .....	40
	5.3 Quels sont les coûts associés à l'augmentation de la prévalence ? .....	46
<b>6</b>	<b>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>52</b>

# 1 INTRODUCTION

Le Bénin a renoué dans les années 1990 avec une croissance économique appréciable de l'ordre de 4% par an en moyenne et même proche de 5% entre 1995 et 2004. Il faut souhaiter que cette croissance économique se poursuive, s'amplifie et devienne aussi moins irrégulière. Même si la croissance économique a un peu fléchi entre 2005 et 2009, elle pourrait atteindre à nouveau 5% par an en 2011 et 2012.

Il reste que la forte croissance démographique du Bénin continue de freiner l'amélioration du niveau de vie de sa population en limitant à 1% par an l'augmentation du PIB réel par tête, ce qui correspond à un doublement du PIB par tête tous les 70 ans. Cette croissance démographique va se poursuivre. En effet, en raison de l'extrême jeunesse de la population - deux Béninois sur trois ont moins de 25 ans - d'une mortalité en baisse et d'une fécondité toujours élevée, la population totale du pays doublera d'ici 2030 et la population urbaine triplera. La conséquence de ces évolutions est qu'une demande sociale considérable va continuer de s'exprimer en matière de nutrition, de santé et de scolarisation et que la prise en compte de ces besoins implique des actions tant dans les secteurs économiques que sociaux.

Avec l'adoption d'une nouvelle vision de développement décrite dans les Orientations Stratégiques de Développement (OSD) 2006-2011 et de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté 2007-2009 (SCRP), le Bénin s'est fixé comme objectif de devenir un pays émergent<sup>1</sup>. La réalisation de cette ambition légitime risque cependant de prendre du temps. Comme le note le document de la SCRP 2007-2009 : « La mise en œuvre de la SRP 2003-2005, malgré les efforts réalisés par le Gouvernement, a abouti à des taux de croissance économique plus faibles que prévu et très proches du rythme de croissance de la population. Cette situation s'est traduite par une croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) par tête quasiment nulle sur la période et par une sensible augmentation de la pauvreté monétaire. Pour renverser cette tendance, le Gouvernement entend d'une part, accroître les investissements dans les infrastructures économiques et d'autre part, promouvoir la diversification et l'intégration du tissu industriel. »<sup>2</sup>

Parmi les cinq axes stratégiques retenus dans la SCRP 2007-2009, le renforcement du capital humain occupe une place importante. De fait, pour améliorer la qualité du capital humain du Bénin, il importe de prendre en compte qu'il faudra faire face à la fois à l'accroissement démographique, aux retards persistants, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation secondaire et supérieure et à l'exigence de niveaux de qualité acceptables. Les moyens humains et financiers qu'il faudra mettre en œuvre dans ces domaines seront d'autant plus importants et contraignants si la croissance démographique et les niveaux de fécondité continuent à se maintenir à des niveaux élevés.

Il faut noter à ce sujet que la SCRP fait l'hypothèse qu'à long terme la croissance économique et les investissements sociaux aideront à atteindre l'objectif affiché de ralentissement de la croissance démographique. Rien n'est moins sûr. En effet, si la plupart des pays émergents ont pu augmenter de façon majeure leurs investissements, c'est grâce à la mise en œuvre de politiques et programmes visant à réduire leur « taux de dépendance » ou le nombre de personnes à charge par actif, au travers une réduction rapide de leur fécondité. Ceci leur a permis d'entrer dans ce qu'on appelle « la fenêtre d'opportunité démographique » et grâce à une structure par âge plus favorable, de bénéficier, sous certaines conditions, réunies notamment en Asie, d'un « dividende démographique » favorable à l'accélération de leur croissance économique.

Les politiques mises en œuvre à ce sujet au Bénin, qu'il s'agisse des politiques de population, de santé et de santé de la reproduction, sont loin d'avoir atteint leurs objectifs. En particulier, la croissance démographique qui est supérieure à 3% par an n'a pas fléchi et l'utilisation de la contraception qui est à un niveau très faible n'a pas progressé ces dernières années. En fait,

<sup>1</sup> On peut définir les pays émergents comme des pays autrefois considérés « en développement » voire « sous-développés », dont le PIB par habitant reste inférieur à celui des pays développés, mais qui connaissent une croissance économique rapide et dont le niveau de vie et les structures économiques convergent vers ceux des pays développés. On peut citer parmi ces pays en Afrique : Maurice, la Tunisie, l'Égypte, le Maroc et l'Afrique du Sud, en Asie : l'Inde, la Chine, la Corée du Sud, Singapour, la Thaïlande, l'Indonésie, la Malaisie, la Turquie... et en Amérique latine : le Brésil, le Mexique. La liste des pays dits émergents varie cependant selon les sources et les auteurs. Par exemple la Corée du Sud et Singapour sont souvent considérés aujourd'hui non pas comme des pays émergents mais comme des pays développés.

<sup>2</sup> République du Bénin (2007) : *Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté*, Cotonou, page 30.

contrairement à une idée reçue, l'amélioration des niveaux d'éducation et l'élévation du niveau de vie ne suffiront pas à eux seuls à garantir une baisse rapide de la fécondité au Bénin. Dans les pays émergents, les politiques de diversification économique, d'augmentation des niveaux d'éducation et de santé et les politiques de population ont été menées simultanément. Ces dernières ont visé en particulier à légitimer la planification familiale au travers de campagnes d'information, éducation et communication appelant les populations à changer leurs comportements reproductifs. Ces politiques ont également mis en place des services en santé de la reproduction, en quantité suffisante, accessibles et de qualité.

La réduction de la pauvreté dans des délais raisonnables au Bénin passe certainement par une croissance économique forte et durable qui suppose une amélioration majeure du capital humain du pays. Mais cela ne pourra pas se faire sans une réduction rapide de la fécondité et donc de la croissance démographique.

La baisse de la fécondité n'en est qu'à ses débuts au Bénin. Son accélération dans les 10 ans qui viennent suppose à la fois un engagement résolu des autorités et de leurs partenaires en faveur de la planification familiale et des moyens financiers importants. Il faut cependant garder à l'esprit que les coûts d'un programme de planification familiale sont à 10 ans d'échéance plus que compensés par « les moins à dépenser » en éducation, amélioration de la santé maternelle et vaccinations induits par le ralentissement de l'augmentation du nombre de naissances. Un investissement en planification familiale apparaît donc comme un investissement avec des retours très importants à la fois à court terme et à long terme, qui facilite en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les enfants.

## 2 La forte croissance démographique du Bénin va se poursuivre

### 2.1 Un accroissement important de la population qui s'est accéléré

Selon les diverses opérations de dénombrement réalisées au Bénin au cours du temps, la population béninoise est passée de 878 000 personnes en 1910, à plus de 2 millions de personnes en 1961, à 6,8 millions de personnes en 2002, année du dernier recensement de la population et elle était estimée à 8,8 millions de personnes en 2010. Cette multiplication par dix de la population en un siècle est exceptionnelle dans l'histoire des populations humaines (sauf en cas d'immigration massive).

Cette croissance démographique s'est accélérée au cours des cinquante dernières années. En effet, la population du Bénin a été multipliée par quatre depuis l'indépendance et elle continue d'augmenter de près de 300 000 personnes par an, soit de 3,2% par an<sup>3</sup>. Si la capitale du Bénin est Porto Novo, la ville la plus peuplée du pays est Cotonou dont la population pouvait être estimée en 2010 à environ 800 000 personnes (tableau 1 et figure 1.1).

Cependant, alors que la population rurale a été multipliée par 2,5 fois depuis 1960, l'ensemble de la population urbaine a été multipliée par 18 et la population de Cotonou par 11. Mais avec toujours quatre Béninois sur dix vivant en milieu rural en 2010, le Bénin reste, pour quelque années encore, un pays majoritairement rural. Selon les projections de la Division de la Population des Nations unies, le Bénin devrait devenir un pays majoritairement urbain en 2025<sup>4</sup>. Avec l'extension de l'agglomération de Cotonou, hors des limites de la ville et la croissance des villes secondaires (Porto novo, Parakou, Djougou etc.) la part de la population de Cotonou dans l'ensemble de la population urbaine a décliné d'environ 35% dans les années 1960 et 1970 à quelque 20% aujourd'hui.

Cette forte croissance démographique est la conséquence d'une baisse très rapide de la mortalité et du maintien sur une période exceptionnellement longue de niveaux élevés de fécondité. Avec une espérance de vie à la naissance estimée à 62 ans en 2010 (contre 41 ans en 1960) et une fécondité de 5,7 enfants par femme entre 2003 et 2006<sup>5</sup>, donnée la plus récente disponible, la première phase de la transition démographique, la baisse de la mortalité, est bien avancée ; mais la seconde phase, la baisse de la fécondité, n'en est qu'à ses débuts. On notera que l'estimation de la Division de la Population des Nations unies de 5,3 enfants par femme en 2010, doit être confirmée par de nouvelles données plus récentes (figure 1.2). Ceci dit, l'estimation nationale de 5,5 enfants par femme place toujours le Bénin parmi les pays ayant les niveaux de fécondité les plus élevés du monde.

On notera que l'épidémie du VIH/Sida n'a pas eu un impact important sur l'évolution de la mortalité au Bénin. La prévalence de la maladie parmi la population de 15 à 49 ans qui était estimée en 2001 entre 1,2% et 1,7% était estimée en 2009 entre 1,0% et 1,3%<sup>6</sup>. Elle aurait donc légèrement diminué et elle reste relativement faible, mais la vigilance reste de mise. Le nombre de personnes infectées était estimé en 2009 entre 52 000 et 69 000 personnes (dont entre 2 900 et 7 800 enfants de moins de 15 ans).

<sup>3</sup> On a repris pour la période 1960-1995 les estimations des Nations unies (<http://www.un.org/esa/population/unpop.htm/>) puis, on a projeté pour la période 2000-2010 une évolution probable en tenant compte des résultats du recensement de février 2002 (6,8 millions) et reprenant les estimations de l'Institut National de la statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) pour 2008 de : 5,6 enfants par femme, 61,1 ans pour l'espérance de vie à la naissance et une population de 8.778.000, voir « Projection démographique et étude prospective de la demande sociale révisées 2002-2030 », mars 2008, INSAE. Voir aussi INSAE Projections Départementales, 2002-2030 (<http://www.insae-bj.org/>). Cette reconstitution et les projections 2010-2050 présentées plus bas devront être révisées dès que de nouvelles données sur la fécondité seront disponibles et/ou lorsque les résultats du prochain recensement de la population (prévu en principe pour 2012) seront connus.

<sup>4</sup> Selon les Nations unies <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm> [World Urbanization Prospects: The 2009 Revision](http://www.un.org/esa/population/unpop.htm) Bénin

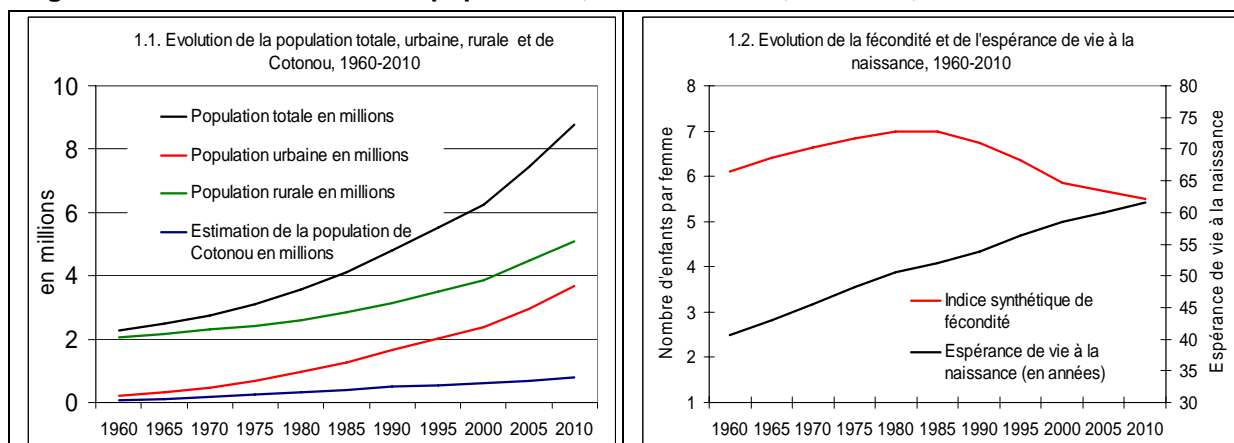
<sup>5</sup> <http://www.measuredhs.com/pubs/> voir [Country Bénin: DHS, 2006 - Final Report \(French\)](http://www.measuredhs.com/pubs/), page 52.

<sup>6</sup> UNAIDS Report on The Global Aids Epidemic, 2010. [http://www.unaids.org/documents/20101123\\_GlobalReport\\_em.pdf](http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf), pages 180,181, 182

Indicateur	1960	1980	1990	2000	2010
Population totale en milliers	2 269	3 560	4 795	6 260	8 778
Taux de croissance annuel en %	1,5	2,8	3,4	3,1	3,2
Population urbaine en milliers	210	973	1 654	2 398	3 687
Pourcentage % de la population urbaine	9,3	27,3	34,5	38,3	42,0
Estimation de la population de Cotonou en milliers	73	337	504	604	804
Population rurale en milliers	2 059	2 587	3 142	3 862	5 091
Pourcentage % de la population rurale	90,7	72,7	65,5	61,7	58,0
Indice synthétique de fécondité	6,1	7,0	6,7	5,9	5,5
Espérance de vie à la naissance (en années)	40,7	50,5	53,8	58,6	61,6
Taux brut de natalité pour 1000	43,4	46,6	45,5	42,2	40,1
Taux brut de mortalité en pour 1000	25,9	17,5	14,5	10,7	8,9
Taux d'accroissement naturel pour 1000	17,5	29,2	31,0	31,5	31,2
Naissances par an en milliers	99	166	220	264	352
Décès par an en milliers	59	62	70	67	78
Naissances – décès par an en milliers	40	104	150	197	274
Accroissement annuel en milliers	35	101	162	204	278
Enfants de moins de 5 ans en milliers	350	646	875	1 098	1 549
Enfants de 5 à 14 ans en milliers	508	942	1 308	1 699	2 340
Jeunes de 15 à 24 ans en milliers	409	650	913	1 206	1 670
Femmes de 15 à 49 ans en milliers	554	805	1 072	1 440	2 031
Population de 15 à 64 ans en milliers	1 281	1 819	2 441	3 264	4 603
Population de 65 ans et plus en milliers	130	153	172	199	287
% d'enfants de moins de 5 ans	15,4	18,1	18,2	17,5	17,6
% d'enfants de moins de 15 ans	37,8	44,6	45,5	44,7	44,3
% de jeunes de moins de 20 ans	47,7	54,7	55,9	55,2	54,6
% de jeunes de moins de 25 ans	55,9	62,9	64,6	63,9	63,3
% de la population de 15 à 64 ans	56,5	51,1	50,9	52,1	52,4
% de la population de 65 ans et plus	5,7	4,3	3,6	3,2	3,3
Taux de dépendance (-15 et 65+/-15 à 64 ans)	43,5	48,9	49,1	47,9	47,6
Ratio actifs sur inactifs (15 à 64 ans/-15 et 65+)	0,77	0,96	0,96	0,92	0,91
	1,30	1,04	1,04	1,09	1,10
% d'enfants de moins de 20 ans					
% de la population de 20 à 59 ans	47,7	54,7	55,9	55,2	54,6
% de la population de 60 ans et plus	43,4	38,8	38,7	39,9	40,5
Taux de dépendance (-20 et 60+/-20 à 59 ans)	8,8	6,5	5,4	5,0	5,0
Taux de dépendance (-20 et 60+/-20 à 59 ans)	1,30	1,58	1,58	1,51	1,47
Ratio actifs sur inactifs (-20 et 60+/-20 à 59 ans)	0,77	0,63	0,63	0,66	0,68

Source : voir note 3 (1960-1995 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm/>), puis estimations réalisées dans le cadre de l'étude ajustées sur les hypothèses des dernières projections nationales.

**Figures 1.1.-1.2. : Evolution des populations, de la fécondité, mortalité, 1960-2010.**



Source : voir note 3 (1960-1995 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm/>), puis estimations réalisées dans le cadre de l'étude ajustées sur les hypothèses des dernières projections nationales.

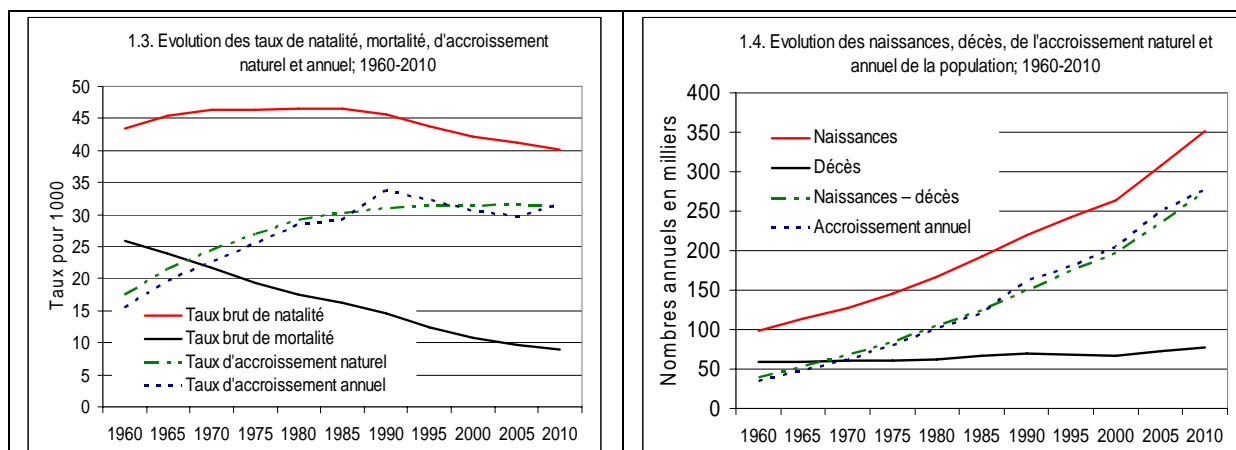
L'accroissement naturel de la population s'est accéléré. Il est passé de 1,5% / 2% par an dans les années 1960 à 3% par an au milieu des années 1980 et se maintient à ce niveau depuis (figure 1.3). Selon la reconstitution de l'évolution de la population depuis 1950 faite par la Division de la Population des Nations unies le solde migratoire est resté négatif, autour de 5.000 départs nets par an jusque dans les années 1980, conduisant à un solde de 120 000 départs nets entre 1960 et 1990. Puis, des soldes positifs variables ont été estimés au début des années 1990 (environ 100 000 arrivées nettes entre 1990 et 1994) et dans les années 2000 (environ 125.000 arrivées nettes entre 2000 et 2009). Ces arrivées correspondent à des mouvements plus ou moins définitifs de migrants venant surtout du Togo, du Nigeria et du Niger, à l'arrivée de réfugiés venant principalement du Togo et à des retours d'émigrés Béninois. Au total, ces mouvements n'ont eu qu'un impact limité sur le taux d'accroissement annuel de la population qui est resté proche du taux d'accroissement naturel (figure 1.3).

L'ensemble de ces mouvements s'est traduit en termes de stocks de migrants selon les estimations de la Banque mondiale<sup>7</sup> par quelque 530 000 émigrants béninois vivant à l'extérieur du Bénin en 2010, soit près de 6% de la population résidente, principalement en Afrique : au Nigeria, au Togo, en Côte d'Ivoire, au Gabon, au Niger, au Burkina Faso, ainsi qu'en République Démocratique du Congo et en Guinée et au Nord, notamment en France et en Italie. 11% des ces émigrants avaient en 2000 une éducation supérieure. Par ailleurs le nombre d'immigrants au Bénin était estimé toujours en 2010 à quelque 230 000 personnes, soit 2,5% de la population résidente, venant principalement des pays voisins, mais aussi de France.

Les taux élevés de croissance démographique observés depuis 1960, proches donc du taux d'accroissement naturel appliqués à une population croissante ont généré des accroissements annuels exceptionnels de la population (de 35 000 en 1960 à 280 000 en 2010) du nombre annuel de naissances (de 100 000 à 350 000) (figure 1.4) et du nombre de jeunes. Entre 1960 et 2010 les effectifs des moins de 5 ans et des 5 à 14 ans ont ainsi été multipliés par 4,5 fois et ceux des 15 à 24 ans par 4. Parallèlement, la population est devenue plus jeune, le pourcentage des moins de 15 ans passant de 38% en 1960 à 44% en 2010, le pourcentage des moins de 20 ans passant de 48% à 54% et celui des moins de 25 ans de 56% à 63%. C'est ainsi qu'aujourd'hui plus d'un Béninois sur deux a moins de 15 ans et près de deux Béninois sur trois ont moins de 25 ans.

<sup>7</sup> Migrations and remittances, Factbook 2011. Second Edition. The World Bank, November 2010, page 73.

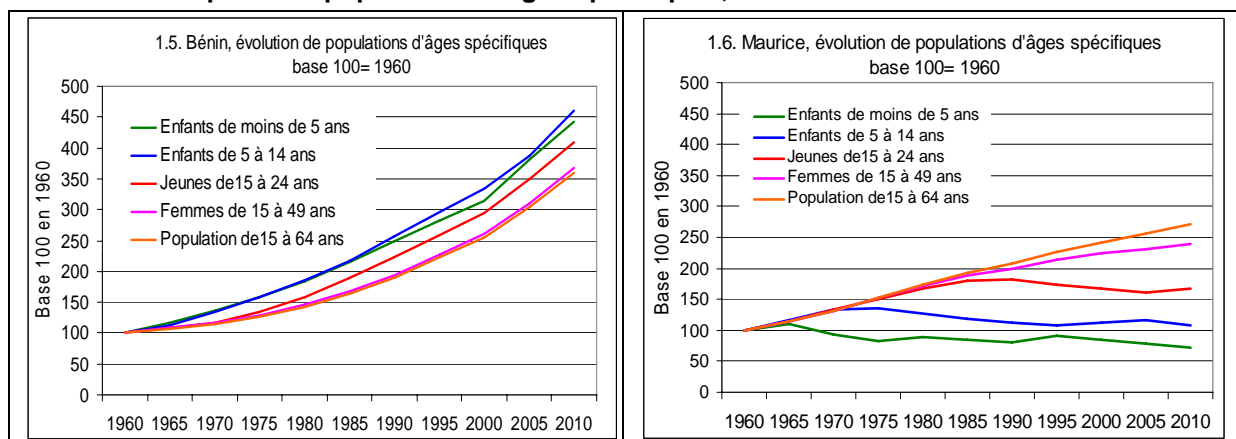
**Figures 1.3. - 1.4. : Evolution de la dynamique démographique : taux, naissances, décès... 1960-2010.**



Source : voir note 3 (1960-1995 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm/>), puis estimations réalisées dans le cadre de l'étude ajustées sur les hypothèses des dernières projections nationales.

Cette évolution - maintien depuis 1960 d'une forte croissance démographique et augmentation continue du nombre de jeunes - est en complet décalage avec celles observées dans les pays souvent qualifiés dans les années 1950 de pays « sous-développés » mais aujourd'hui qualifiés de pays émergents<sup>8</sup> qui ont mis très tôt en place des politiques de réduction rapide de leur fécondité et donc de leur croissance démographique. La comparaison avec les évolutions observées à Maurice par exemple, est à cet égard édifiante (figures 1.5 et 1.6). A Maurice, l'impact des politiques démographiques adoptées se fait sentir dès les années 1960 sur l'évolution du nombre des enfants. Pour les moins de 5 ans, ceci a conduit à une stabilisation rapide de leurs effectifs, puis à une légère diminution par rapport aux effectifs des années 1960. Pour les 5 à 14 ans, ceci a conduit après une augmentation modeste dans les années 1960 et 1970, à une stabilisation de leurs effectifs au niveau de celui des années 1960. Au Bénin au contraire, les effectifs de ces deux populations continuent d'augmenter et elles sont aujourd'hui 4,5 fois plus nombreuses qu'en 1960.

**Figures 1.5. et 1.6. : Bénin et Maurice. Evolution comparée de populations d'âges spécifiques, 1960-2010.**



Source : voir note 3 (1960-1995 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm/>), puis estimations réalisées dans le cadre de l'étude ajustées sur les hypothèses des dernières projections nationales.

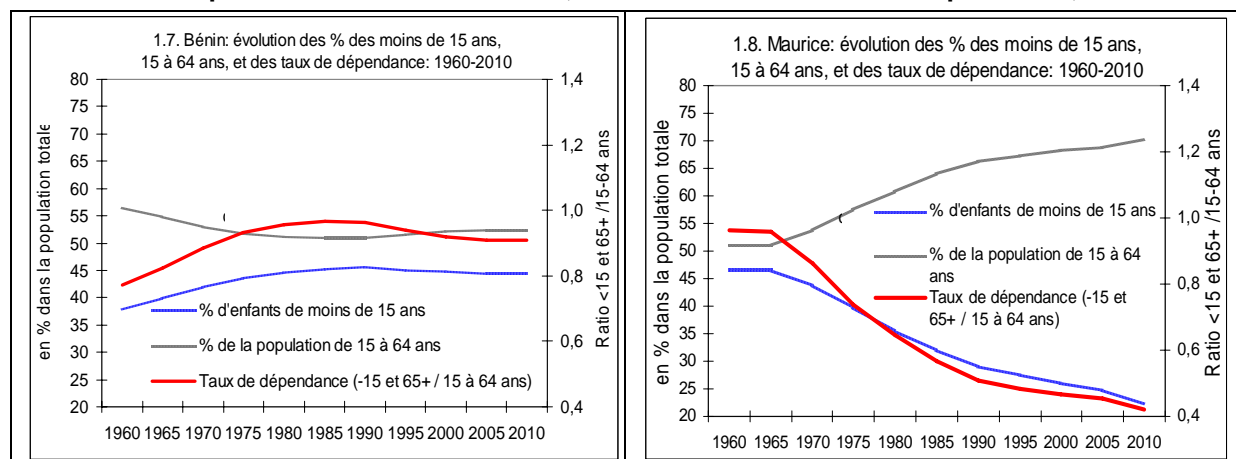
Conséquence de ces évolutions, le pourcentage de la population active (de 15 à 64 ans) dans la population totale a augmenté à Maurice pour atteindre 70% de la population en 2010, alors qu'il a peu varié au Bénin et reste aujourd'hui de l'ordre de 50% (figures 1.7 et 1.8). Ceci a conduit à Maurice à

<sup>8</sup> voir note 1

des effectifs d'actifs 2,4 fois plus nombreux que les personnes à charge, alors qu'au Bénin on compte toujours environ autant de personnes à charge que d'actifs potentiels âgés de 15 à 64 ans. Le taux de dépendance au Bénin est donc resté élevé (0,8 en 1960 et 0,9 en 2010) alors qu'à Maurice il s'est considérablement amélioré, puisqu'il est passé de 1 personne à charge par actif en 1960 à 0,4 personne à charge par actif en 2010. Cette évolution a permis à Maurice de maîtriser l'augmentation des coûts en santé et en éducation imputable à l'augmentation incontrôlée du nombre d'enfants et de jeunes, ce qui a ouvert pour ce pays une « fenêtre d'opportunité démographique » plus favorable à l'épargne, aux investissements productifs et aux investissements dans le capital humain).

## Figures 1.7. et 1.8. : Bénin et Maurice.

### Evolution comparée du % moins de 15 ans, 15 à 64 ans et des taux de dépendance, 1960-2010



Source : voir note 3 (1960-1995 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm/>), puis estimations réalisées dans le cadre de l'étude ajustées sur les hypothèses des dernières projections nationales.

## 2.2 Deux fois plus de Béninois en 2030, trois fois plus en 2050 ?

A partir de ce constat, que peut-on dire du futur démographique du Bénin ? Il faut rappeler que dans les pays à forte fécondité comme le Bénin, l'évolution de la population et de ses diverses caractéristiques, dépend principalement de l'évolution de la fécondité. L'impact de l'évolution des autres variables, même s'il n'est pas négligeable, est en effet beaucoup moins important. Les projections de population qui éclairent le futur sont donc généralement basées sur plusieurs hypothèses d'évolution de la fécondité contre une seule hypothèse d'évolution de l'espérance de vie à la naissance et des migrations internationales. C'est ainsi qu'ont été construites les diverses projections de population faites au Bénin (les premières ont été réalisées en 1987) et celles publiées par la Division de la Population des Nations unies. Ces projections sont des projections « normatives » car elles fixent a priori la date de début de baisse de la fécondité et le rythme de cette baisse. On a retenu ainsi, par exemple, 3,7 enfants par femme en 2030 dans les projections publiées au Bénin en 2008 dans le scénario dit moyen<sup>9</sup> et 3,4 enfants par femme toujours en 2030 sous l'hypothèse moyenne des projections 2008 des Nations unies, qui s'appuient sur des modèles de baisse de la fécondité construits à partir des évolutions observées depuis 1950 dans divers pays en développement.

Cependant, rien ne garantit que l'évolution de la fécondité au Bénin suive des projections normatives ou ces modèles. L'expérience de nombreux pays en développement depuis 1950 indique en fait que le début de la baisse de la fécondité et sa rapidité dépendent largement des politiques mises en œuvre et/ou des initiatives prises par des organisations de la société civile. Ces politiques et initiatives concernent en particulier ce qu'on appelle les déterminants proches de la fécondité : fréquence des unions, durée de l'insusceptibilité post-partum (liée aux durées de l'allaitement et de l'abstinence après l'accouchement), fréquence des avortements provoqués, importance de la stérilité et surtout prévalence de la contraception (niveau et efficacité des méthodes utilisées). Le modèle de

<sup>9</sup> « Projection démographique et étude prospective de la demande sociale révisées 2002-2030 », mars 2008, INSAE (Institut National de la statistique et de l'Analyse Economique), page 15.

Bongaarts<sup>10</sup> a formalisé la relation entre le niveau de fécondité et les valeurs de ces déterminants. Il permet ainsi de projeter l'évolution de la fécondité, non pas à priori, mais à partir des valeurs des déterminants proches. On dispose pour le Bénin et les divers pays de la sous-région, de séries sur ces déterminants grâce aux enquêtes « Démographique et de Santé » (DHS)<sup>11</sup>.

Après examen donc des données disponibles au niveau national et sous-régional, des résultats du recensement de février 2002 et des projections démographiques nationales révisées 2002-2030, nous avons construit pour le Bénin à l'aide du modèle SPECTRUM<sup>12</sup>, des projections pour la période 2010-2050. Ces projections doivent être considérées comme des « outils d'aide à la décision ». En effet, elles n'ont pas pour objet de présenter une hypothèse moyenne, supposément probable, mais de comparer les résultats obtenus selon les hypothèses retenues et donc d'éclairer les choix politiques correspondants.

Les projections 2010-2050 faites pour le Bénin sont basées sur les hypothèses suivantes :

- population de départ par sexe et par âge : 8,8 millions mi 2010, estimée à partir des résultats du recensement de février 2002 et des projections nationales révisées 2002-2030 ;
- mortalité : espérance de vie à la naissance de 61,6 ans en 2010, estimée à partir des projections nationales, continuant à s'accroître ensuite (68,0 ans en 2030 ...72,1 ans en 2050) ;
- urbanisation : progression du pourcentage de la population urbaine de 42% en 2010, à 50% en 2025, 54% en 2030 et 67% en 2050 (on a repris ici les projections 2009 des Nations unies<sup>13</sup> et supposé que la population de Cotonou représenterait 22% l'ensemble de la population urbaine en 2010, puis 20% en 2030, pourcentage maintenu constant jusqu'en 2050) ;
- migrations internationales : solde légèrement positif en 2010 et 2011, négatif ensuite avec un solde de - 2 000 départs nets par an maintenu constant de 2013 à 2050 (on a repris ici l'hypothèse des projections 2008 des Nations unies, déduite de leur reconstitution de l'évolution démographique du Bénin depuis 1950) ;
- Déterminants proches de la fécondité :
  - pourcentage de femmes en union : diminution lente de 74% en 2010, à 67% en 2030 et 60% en 2050 ;
  - durée de l'in susceptibilité post-partum : diminution de 15 mois en 2010, à 11 mois en 2030 et 10 mois en 2050 ;
  - avortements provoqués : hypothèse d'un taux d'avortement négligeable jusqu'en 2050 ;
  - stérilité : maintien d'un taux de stérilité définitive de 3% jusqu'en 2050 ;
  - contraception : trois hypothèses d'augmentation de la prévalence de la contraception de 17,2% en 2010 pour l'ensemble des méthodes à :
    - a. hypothèse dite haute, tendancielle : +0,5 point de pourcentage d'augmentation par an, ce qui conduit à une prévalence de 27,2% en 2030 et 37,2% en 2050,
    - b. hypothèse intermédiaire : +1,0 point de pourcentage d'augmentation par an, ce qui conduit à une prévalence de 37,2% en 2030 et 57,2% en 2050,
    - c. hypothèse dite basse, volontariste : +1,5 point de pourcentage d'augmentation par an, ce qui conduit à une prévalence de 47,2% en 2030, puis de 67,5% en 2050,et pour ces trois hypothèses, diminution de l'utilisation des méthodes traditionnelles moins efficaces de 65% des méthodes utilisées en 2010, à 10% en 2030 et 5% en 2050.

Les augmentations de la prévalence contraceptive retenues de 0,5, 1,0 et 1,5 point de pourcentage par an correspondent à l'éventail des évolutions observées : lente, moyenne ou rapide, sur des périodes relativement longues (au moins 10 ans) dans les pays en développement entre les années 1970 et le début des années 2000<sup>14</sup>. C'est la raison pour laquelle nous les avons choisies.

<sup>10</sup> Bongaarts J., (1978), A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility, Population and Development Review 4, 1: 105-132.

<sup>11</sup> DHS : Demographic and Health Surveys, voir <http://www.measuredhs.com/countries/> et Bénin en 1996, 2001 et 2006

<sup>12</sup> voir <http://www.futuresgroup.com/resources/software/> . SPECTRUM version 3.46

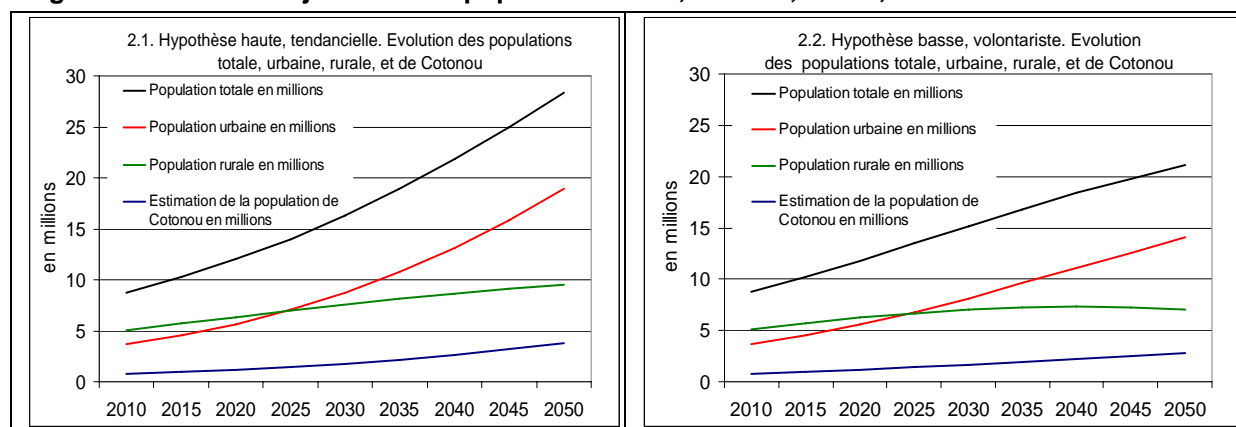
<sup>13</sup> <http://www.un.org/esa/population/> voir World Urbanization Prospects: The 2009 Revision

<sup>14</sup> Guengant J.-P. et Rafalimanana H. : « The Cairo Approach .... Embracing too much ? », UIESP, Tours, 13-18 juillet, 2005. [http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15\\_Guengant.pdf](http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf)

L'hypothèse démographique dite haute a été qualifiée ainsi parce qu'elle donne les résultats les plus élevés en effectifs de population. Elle a aussi été qualifiée de tendancielle parce qu'elle correspond aux tendances de faible augmentation de l'utilisation de la contraception observée entre 1996 et 2006 au Bénin associée à une faible diminution de la fécondité jusque dans les années 2000. L'hypothèse démographique dite basse a été qualifiée ainsi parce qu'elle donne les résultats les moins élevés en effectifs de population. Elle a aussi été qualifiée de volontariste, car elle suppose des efforts considérables pour maintenir un accroissement rapide de l'utilisation de la contraception conduisant à une baisse parallèle rapide de la fécondité.

Les résultats de ces deux projections sont très contrastés selon les horizons, mais aussi selon les variables considérées. Premier constat, les populations totale, urbaine et de Cotonou, vont continuer à augmenter fortement (tableau 2 et figures 2.1 et 2.2).

**Figures 2.1. -2.2. : Projection de la population totale, urbaine, rurale, 2010-2050.**



Source : Projections faites dans le cadre de l'étude

A l'horizon 2030, les résultats des deux projections ne sont pas très différents :

- 15 à 16 millions pour la population totale,
- 8,1 à 8,8 millions pour la population urbaine,
- et 1,6 à 1,8 millions pour Cotonou.

A l'horizon 2050 par contre, les différences entre les hypothèses basse et haute sont beaucoup plus importantes :

- 21 millions contre 28 millions pour la population totale,
- 14 millions contre 19 millions pour la population urbaine,
- et 2,8 millions contre 3,8 millions pour Cotonou.

Autre différence importante, la population rurale continue de croître fortement avec l'hypothèse démographique haute et elle est multipliée par deux entre 2010 et 2050 (elle passe de 5 millions à près de 10 millions de personnes). Avec l'hypothèse démographique basse par contre la croissance de la population rurale se ralentit progressivement et se stabilise autour de 7 millions de personnes à partir de 2030.

En clair, du fait de la jeunesse de la population et des niveaux actuels toujours élevés de fécondité, on doit s'attendre dans les 20 ans à venir à un quasi doublement de la population totale et à une multiplication par 2,4 à 2,8 de la population urbaine et à un doublement de la population de Cotonou. A l'horizon 2050, on peut s'attendre à une multiplication entre 2,4 et 3,2 fois de la population totale et à une multiplication de 4 à 5 fois de la population urbaine et un peu moins pour Cotonou. Et, avec l'hypothèse d'évolution de l'urbanisation retenue, le Bénin pourrait devenir majoritairement urbain en 2025 et n'avoir plus en 2050 qu'un tiers de sa population vivant en milieu rural.

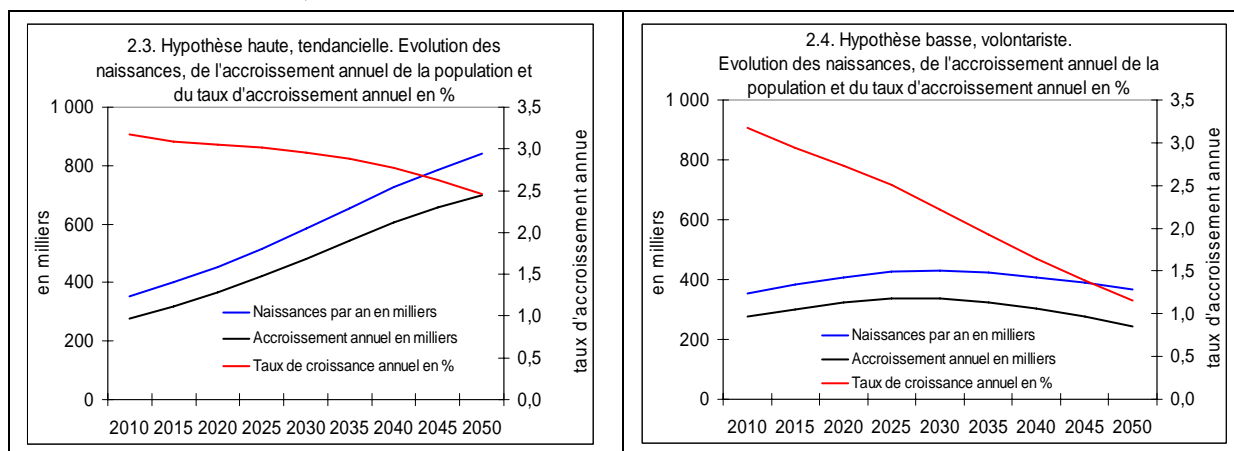
Indicateur	Situation en 2010	Hypothèse haute		Hypothèse basse		Différence basse-haute	
		2020	2030	2020	2030	en 2020	en 2030
Population totale en milliers	8 778	12 020	16 306	11 810	15 163	-210	-1 143
Taux de croissance annuel en %	3,2	3,1	3,0	2,7	2,2	-0,3	-0,7
Population urbaine en milliers	3 687	5 673	8 756	5 574	8 142	-99	-614
Pourcentage % de la population urbaine	42	47,2	53,7	47,2	53,7		
Estimation population de Cotonou (milliers)	804	1 203	1 751	1 182	1 628	-21	-123
Population rurale en milliers	5 091	6 346	7 550	6 235	7 020	-111	-529
Pourcentage % de la population rurale	58	52,8	46,3	52,8	46,3		
Indice synthétique de fécondité	5,5	5,2	4,7	4,6	3,5	-0,5	-1,2
Femmes de 15 à 49 ans en milliers	2 031	2 780	3 817	2 780	3 794	0	-23
Prévalence contraceptive % (femmes en union)	17,2	22,2	27,2	32,2	47,2	10,0	20,0
Utilisatrices, toutes méthodes (en milliers)	258	435	696	631	1 200	196	504
Utilisatrices méthodes modernes (milliers)	91	272	626	395	1 080	123	454
Espérance de vie à la naissance (années)	61,6	65,2	68	65,2	68	0	0
Taux brut de natalité pour 1000	40,1	37,8	35,8	34,6	28,3	-3,3	-7,5
Taux brut de mortalité en pour 1000	8,9	7,2	6,1	7,1	6,0	-0,1	-0,1
Taux d'accroissement naturel pour 1000	31,2	30,7	29,7	27,5	22,3	-3,2	-7,4
Naissances par an en milliers	352	455	583	408	429	-47	-154
Décès par an en milliers	78	86	99	83	91	-3	-8
Naissances – décès par an en milliers	274	369	485	325	338	-44	-146
Accroissement annuel en milliers	278	367	483	323	336	-44	-146
Enfants de moins de 5 ans en milliers	1 549	2 046	2 656	1 883	2 051	-163	-605
Enfants de 5 à 14 ans en milliers	2 340	3 237	4 291	3 190	3 799	-47	-492
Jeunes de 15 à 24 ans en milliers	1 670	2 290	3 183	2 290	3 137	0	-46
% d'enfants de moins de 5 ans	17,6	17,0	16,3	15,9	13,5	-1,1	-2,8
% d'enfants de 5 à 14 ans	26,7	26,9	26,3	27,0	25,1	22,4	43,0
% de jeunes de 15 à 24 ans	19,0	19,0	19,5	19,4	20,7	0,0	4,1
% de jeunes de moins de 25 ans	63,3	63,0	62,1	62,3	59,3	-0,7	-2,9
Enfants de moins de 15 ans en milliers	3 889	5 283	6 947	5 073	5 850	-210	-1 097
Population de 15 à 64 ans en milliers	4 603	6 347	8 787	6 347	8 741	0	-46
Population de 65 ans et plus en milliers	287	390	572	390	572	0	0
% d'enfants de moins de 15 ans	44,3	43,9	42,6	43,0	38,6	-1,0	-4,0
% de la population de 15 à 64 ans	52,4	52,8	53,9	53,7	57,6	0,9	3,8
% de la population de 65 ans et plus	3,3	3,2	3,5	3,3	3,8	0,1	0,3
Taux de dépendance (-15 et 65+/15 à 64 ans)	0,9	0,9	0,9	0,9	0,7	0,0	-0,1
Enfants de moins de 20 ans en milliers	4 791	6 549	8 666	6 339	7 522	-210	-1 143
Population de 20 à 59 ans en milliers	3 552	4 869	6 749	4 869	6 749	0	0
Population de 60 ans et plus en milliers	435	602	891	602	891	0	0
% d'enfants de moins de 20 ans	54,6	54,5	53,1	53,7	49,6	-0,8	-3,5
% de la population de 20 à 59 ans	40,5	40,5	41,4	41,2	44,5	0,7	3,1
% de la population de 60 ans et plus	5,0	5,0	5,5	5,1	5,9	0,1	0,4
Taux de dépendance (-20 et 60+/20 à 59 ans)	1,5	1,5	1,4	1,4	1,2	0,0	-0,2

Source : Projections faites dans le cadre de l'étude.

A partir de ces résultats, nombre d'économistes et même de démographes seront tentés de conclure que les politiques démographiques n'ont d'effets qu'à 30 ou 40 ans d'échéance. En fait, la fécondité étant le déterminant principal des évolutions démographiques, il est logique que l'impact de ces politiques sur la population totale ne soit pas immédiat. Par contre, cet impact est sensible assez rapidement sur l'évolution du nombre de naissances et donc sur le taux d'accroissement de la population et sur les effectifs de jeunes. C'est ainsi qu'avec l'hypothèse démographique haute, le nombre de naissances annuelles continue d'augmenter fortement (figure 2.3), alors qu'avec l'hypothèse démographique basse, on a une quasi stabilisation de leur nombre (figure 2.4). Avec l'hypothèse démographique haute en effet le nombre de naissances passe de quelque 350 000 en 2010 à près de 600 000 en 2030 puis atteint 840 000 en 2050, soit 2,5 fois le nombre de 2010. Par contre, avec l'hypothèse démographique basse, le nombre de naissances augmente très modestement jusqu'à la fin des années 2020, puis décroît légèrement dans les années 2030 et 2040 pour retrouver en 2050 un nombre équivalent à celui de 2010 (figure 2.4). Ainsi avec l'hypothèse démographique haute, l'augmentation modeste de l'utilisation de la contraception conduit à une baisse modérée de la fécondité, insuffisante pour compenser le doublement attendu d'ici 2030 du nombre de femmes en âge de procréer. En conséquence, le taux de croissance de la population décroît légèrement, mais reste supérieur ou égal à 3% par an jusqu'en 2030, puis atteint 2,5% en 2050. Avec l'hypothèse démographique basse au contraire, l'augmentation plus rapide de l'utilisation de la contraception et la diminution parallèle de la fécondité conduisent à une diminution rapide du taux de croissance annuel de la population qui passe de 3,2% en 2010, à 2,2% en 2030 et 1,2% en 2050.

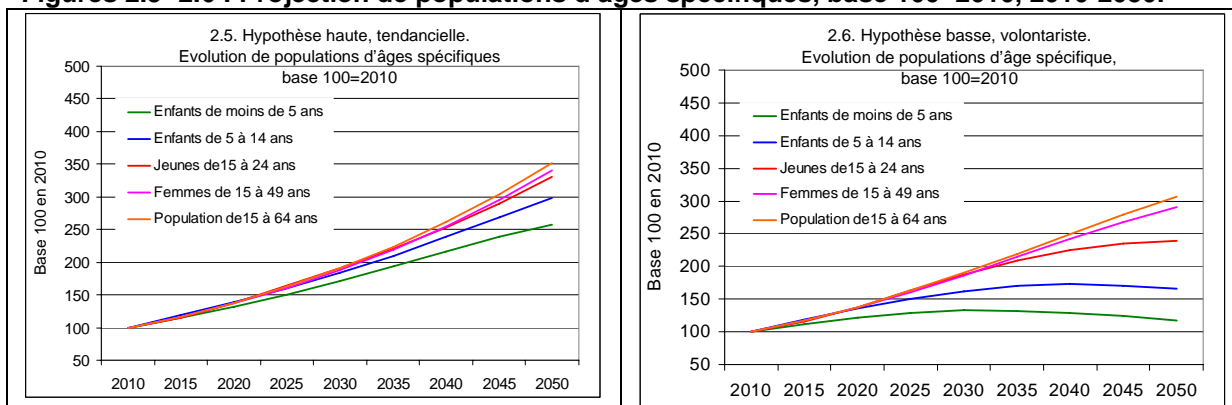
Des constatations similaires peuvent être faites concernant l'évolution des populations jeunes et des rapports de dépendance. Avec l'hypothèse démographique basse, la stabilisation du nombre de naissances s'inscrit progressivement dans la pyramide des âges, ce qui conduit à une stabilisation rapide du nombre des enfants de moins 5 ans. Quant aux effectifs des 5 à 14 ans, ils se stabilisent dans les années 2030 (figures 2.5 et 2.6). La progression du nombre d'entrants sur le marché du travail (les 15-24 ans) continue cependant d'être très vive jusqu'en 2030, puisque la plupart d'entre eux sont déjà nés. Il en va de même pour la population active de 15 à 64 ans. Concernant les taux de dépendance, la forte augmentation attendue de la population active se traduit dans le contexte de baisse projetée de la fécondité, par une amélioration du rapport de dépendance dans les deux hypothèses (figures 2.7 et 2.8). Mais la poursuite de l'augmentation du nombre de naissances avec l'hypothèse démographique haute, se traduit par une amélioration modeste des taux de dépendance (de 0,90 en 2010 à 0,75 en 2050). Avec l'hypothèse démographique basse, par contre, le taux de dépendance décroît régulièrement et atteint 0,5 en 2050, ce qui correspond à deux actifs pour un dépendant, soit le niveau actuel de la plupart des pays émergents.

**Figures 2.3. -2.4. : Projection du nombre de naissances, de l'accroissement annuel et du taux d'accroissement en %,2010-2050.**



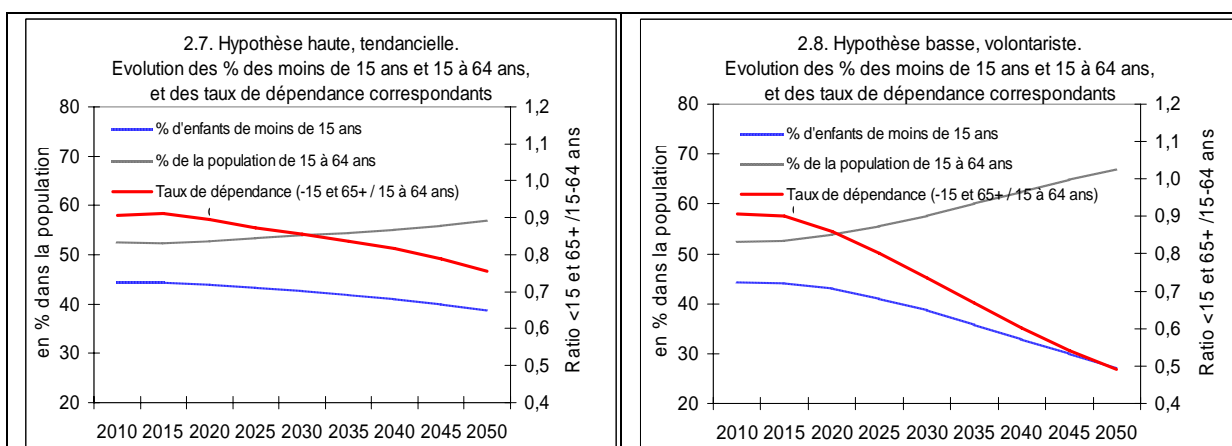
Source : Projections faites dans le cadre de l'étude.

**Figures 2.5 -2.6 : Projection de populations d'âges spécifiques, base 100=2010, 2010-2050.**



Source : Projections faites dans le cadre de l'étude.

**Figures 2.7. - 2.8: Projection % moins de 15 ans, 15 à 64 ans et des taux de dépendance, 2010-2050.**



Source : Projections faites dans le cadre de l'étude.

Ainsi, au delà de l'évolution de la population totale, l'impact des politiques et programmes visant à réduire la fécondité et donc la croissance démographique a des effets sur plusieurs variables à 10 ans, 20 ans d'échéance. Par exemple le taux d'accroissement annuel de la population avec l'hypothèse démographique basse est dès 2020, près d'un demi-point plus bas que celui obtenu avec l'hypothèse démographique haute - 2,7% contre 3,1% (tableau 2). En 2030, la différence est de près d'un point (2,2% contre 3,0%). Aussi en 2020, le nombre d'enfants de moins de 5 ans est avec l'hypothèse démographique basse inférieur de 160 000 à celui trouvé avec l'hypothèse démographique haute et en 2030, la différence est de 600 000. Ceci est la conséquence de la baisse plus rapide de la fécondité dont les effets sont loin d'être négligeables à 10 ans : 4,6 enfants par femme en 2020 avec l'hypothèse démographique basse contre 5,2 avec l'hypothèse démographique haute et encore plus à 20 ans : 3,5 enfants par femme en 2030 contre 4,7 avec l'hypothèse démographique haute. Mais 3,5 enfants par femme en 2030 reste encore un niveau relativement élevé de fécondité comparé à ceux observés aujourd'hui dans la plupart de pays émergents où ils se situent entre 2 et 2,5 enfants par femme. Certes, l'amélioration des taux de dépendance reste lente, mais celui-ci diminue rapidement avec l'hypothèse démographique basse, ce qui n'est pas le cas avec l'hypothèse démographique haute.

### 3 Le Bénin face aux défis de la croissance et de l'amélioration de son capital humain<sup>15</sup>

#### 3.1 Quels impacts de la croissance démographique sur la croissance économique ?

Dans quel contexte social et économique s'est inscrite la forte croissance démographique enregistrée au Bénin depuis 1960 ? Quelles ont été les conséquences de cette croissance démographique sur les principaux indicateurs économiques et sociaux ? Quelles ont été les interactions entre croissance économique, croissance démographique et progrès sociaux et que peut-on dire à ce sujet pour le futur ?<sup>16</sup>

Avec un PIB proche de 3 000 milliards de FCFA en 2008, le Bénin était la cinquième économie en importance de l'UEMOA. Le PIB en termes réels a été multiplié par 5 entre 1960 et 2008. Mais compte tenu de l'accroissement démographique, le PIB par tête en 2008 n'était que de 32% supérieur à celui de 1960 (tableau 3, figure 3.1). Néanmoins, le Bénin fait partie des quatre pays de l'UEMOA dont le PIB par tête a augmenté depuis 1960, même si l'augmentation enregistrée est modeste. La meilleure performance est celle du Burkina Faso dont le PIB a été multiplié par près de 7 fois et le PIB par tête a été multiplié par deux.

En comparaison, les pays émergents ont vu leur PIB en termes réels multiplié au moins par 10 (Indonésie, Egypte, Tunisie, Inde, Turquie) et entre 20 et 40 fois pour plusieurs pays asiatiques (Thaïlande, Malaisie, Corée du sud, Singapour et Chine). Aussi, toujours entre 1960 et 2008, les PIB par tête dans ces pays qui ont réduit par ailleurs leur croissance démographique ont aussi fortement augmenté, puisqu'ils ont été multipliés entre 4 et 14 fois et près de 20 fois en Chine, ce qui a conduit à une forte réduction de leurs niveaux de pauvreté.

Le PIB par tête du Bénin était estimé en 2008 à environ 350 000 FCFA, ou encore à 771 USD courants et à près de 1500 USD en PPA (parité pouvoir d'achat). Le PIB par tête du Bénin en 2008, le classe en troisième position au sein de l'UEMOA après les PIB par tête de la Côte d'Ivoire et du Sénégal. Il représentait alors environ 70% des PIB par tête de la Côte d'Ivoire et du Sénégal et il était supérieur de 70% au PIB par tête du Togo et le double de celui du Niger.

Sur l'ensemble de la période la croissance économique du Bénin a été trop faible pour permettre une augmentation substantielle du PIB par tête et pour réduire la pauvreté. Ceci est le résultat de plusieurs facteurs : une histoire politique mouvementée jusqu'à la fin des années 1980, puis le retour en 1990 de la démocratie et du multipartisme ; des politiques économiques inadaptées, les conséquences des programmes d'ajustement structurel ; les cours erratiques des principaux produits exportés par le pays sur les marchés internationaux (huile de palme jusque dans les années 1970, puis coton) et aussi la dépendance de l'économie béninoise par rapport au Nigeria. En fait, la croissance du PIB réel, extrêmement variable d'une année à l'autre, s'est située en moyenne entre 2% et 3% par an dans les années 1960, 1970 et 1980, puis à 4% par an environ dans les années 1990 et 2000. La meilleure performance a été enregistrée entre 1995 et 2004 : 4,8% par an en moyenne, mais elle a été suivie d'un léger repli avec une croissance moyenne estimée à 4,0% par an pour la période 2005 - 2009 (figure 3.2). La croissance économique pourrait cependant atteindre 5,0% par an en 2011 et 2012, ce qui est un peu mieux mais reste insuffisant pour réduire rapidement la pauvreté<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> Les indicateurs utilisés dans cette partie proviennent pour l'essentiel de la base de données de la Banque mondiale « Indicateurs du développement dans le monde » qui reprend les données nationales, les données calculées par la Banque mondiale et celles provenant d'autres bases de données (UNESCO, UNICEF, OMS, FAO, OCDE etc.). Voir <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>. Chaque fois que cela a été possible ces données ont été complétées par les données nationales les plus récentes auxquelles nous avons pu avoir accès.

<sup>16</sup> Il faut souligner à nouveau que les analyses qui suivent s'appuient sur des indicateurs qui pour la plupart utilisent les estimations de population de la Division de la Population des Nations unies faites à partir de données anciennes (notamment le recensement de 1981) et que ces estimations et les indicateurs qui les utilisent sont susceptibles de révisions plus ou moins importantes en fonction des résultats du recensement de novembre 2010.

<sup>17</sup> Global Economic Prospects, Summer 2010, Banque mondiale

**Tableau 3. Economie du Bénin**

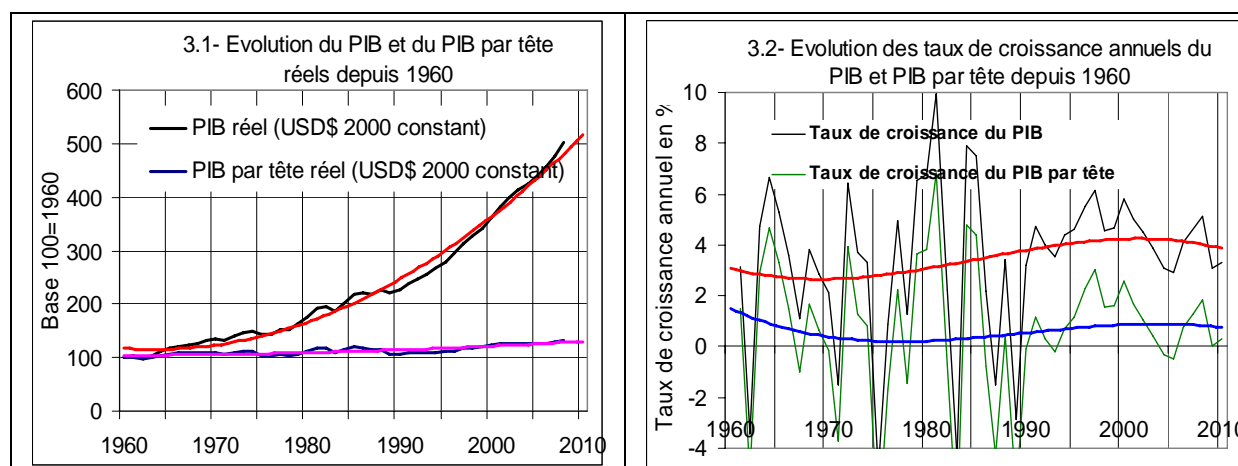
<b>Indices de croissance</b>						
<i>Années</i>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>	<b>2008</b>
Indice de croissance du PIB-1960=base100	100	134	174	227	362	502
Indice: croissance du PIB par tête-1967=base100	100	110	111	107	124	132
<b>Taux de croissance</b>						
<i>Périodes</i>	<b>1960-1969</b>	<b>1970-1979</b>	<b>1980-1989</b>	<b>1990-1999</b>	<b>2000-2009</b>	<b>2005-2009</b>
Taux de croissance annuel du PIB en %	3,1	2,3	3,1	4,5	4,2	4,0
Taux de croissance annuel du PIB par tête %	1,1	-0,2	0,2	1,1	0,9	0,7
<b>Contribution au PIB, en %</b>						
<i>Périodes</i>	<b>1961-1969</b>	<b>1970-1979</b>	<b>1980-1989</b>	<b>1990-1999</b>	<b>2000-2005</b>	<b>2005-2009</b>
Contribution de l'agriculture au PIB, en %	43,3	33,5	33,8	<b>36,1</b>	33,7	--
Contribution de l'industrie au PIB, en %	10,5	13,9	14,0	13,7	13,7	--
Contribution des services au PIB, en %	46,2	52,5	52,2	50,2	52,6	--
<b>Pauvreté</b>						
<i>Périodes</i>	<b>1990-1995</b>	<b>1995-1999</b>	<b>2000-2005</b>	<b>2005-2006</b>		
% Population sous seuil de pauvreté national	-	-	26,5(1995)	29,0(1999)	28,5(2002)	36,8(2006)
- en milieu rural	-	-	25,2(1995)	33,0(1999)	31,6(2002)	40,6(2006)
- en milieu urbain	-	-	28,5(1995)	23,3(1999)	23,6(2002)	27,2(2006)
% Population avec moins de 1,25\$ PPA/jour	-	-	-	-	47,3(2003)	-
% Population avec moins de 2,00\$ PPA/jour	-	-	-	-	75,3(2003)	-

Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) ainsi que Global Economic Prospects, Summer 2010, World Bank

**Note :** concernant la pauvreté, les pourcentages de la population sous le seuil de pauvreté national en 1995 et 1999 et les pourcentages de personnes vivant avec moins de 1,25\$ et moins de 2,00 \$ par jour en 2003, sont ceux donnés par les World Development Indicators de la Banque Mondiale (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>),

Les pourcentages de la population sous le seuil de pauvreté national en 2002 et en 2006 sont les résultats des enquêtes QUIBB de 2002 et EMICOV de 2006, cités dans « Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté, 2008-2012 » page 20.

**Figures 3.1. – 3.2. : Evolution du PIB et du PIB par tête réels depuis 1960.**



Source : voir note 12 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>).

Sur l'ensemble de la période, ces taux de croissance économique n'ont permis qu'une augmentation du PIB par tête très modeste, au mieux de l'ordre de 1% par an, y compris ces dernières années. En effet, l'augmentation du PIB réel par tête n'a été que de 1,1% dans les années 1960, puis elle a été quasi nulle dans les années 1970 et 1980 (respectivement -0,2% par et 0,2% par an). Ensuite, en dépit de la reprise observée, le PIB réel par tête n'a augmenté en moyenne que de 1,1% dans les années 1990 et de 0,9% dans les années 2000, le meilleur résultat, 1,5% par an, ayant été enregistré entre 1995 et 2004. Mais l'augmentation du PIB réel par tête ne devrait être que de 0,7% en moyenne entre 2005 et 2009.

Dans quelle mesure une accélération de la croissance économique peut-elle faciliter une augmentation rapide du PIB par tête dans le contexte démographique du Bénin? En supposant que la croissance économique de 5% par an projetée pour 2011 et 2012 se poursuive et le maintien d'une croissance démographique forte de 3% par an jusqu'en 2030 (selon l'hypothèse démographique haute), il faudrait 34 ans pour arriver à un doublement du PIB par tête actuel. Mais si la croissance économique était plus forte, de 6% par an par exemple, il faudrait encore plus de 20 ans (23 ans) pour arriver à un doublement du PIB par tête actuel. Par contre, si la croissance économique se maintenait à 4% par an, tel que cela a été observé dans les années 2000, il faudrait 55 ans pour arriver à un doublement du PIB par tête actuel.

Avec une croissance démographique qui se réduit progressivement et atteint quelque 2% en 2030 et 1,2% en 2050 (selon l'hypothèse démographique basse), il faudrait avec croissance économique constante de 5% par an, encore près de 30 ans (28 ans) pour arriver à un doublement du PIB réel par tête et 21 ans si la croissance économique passait à 6% par an. Avec une croissance économique constante plus faible de 4% par an, il faudrait près de 40 ans pour arriver à un doublement du PIB réel par tête avec une croissance démographique qui se réduit progressivement, ce qui est beaucoup mais reste inférieur de 15 ans aux 55 ans nécessaires pour arriver au même résultat avec le maintien d'une croissance démographique forte.

L'enjeu est de taille, car un PIB par tête PPA deux fois plus élevé qu'aujourd'hui, c'est-à-dire d'environ 3000 dollars, dans quelque 20, 30 ou plus de 50 ans, ne représenterait toujours que 20% à 30% des PIB par tête PPA actuels de pays comme Maurice, l'Afrique du Sud, la Malaisie, le Brésil, entre 35% et 70% des PIB par tête PPA de pays comme la Tunisie, la Thaïlande, la Chine, l'Egypte et le Maroc, mais il serait plus ou moins équivalent au PIB par tête PPA actuel de l'Inde. Mais d'ici là, les PIB par tête PPA de ces pays continueront à augmenter aussi vite, voire plus vite que celui du Bénin.

Il ressort de ces simulations que si la croissance économique est élevée, de 5% ou 6% par an, la poursuite d'une forte croissance démographique ne réduit pas de beaucoup le temps nécessaire au doublement du PIB par tête (entre 20 et 35 ans environ). Ceci dit, en dépit d'une croissance économique moyenne honorable supérieure ou égale à 4% par an depuis 1990 rien ne garantit que le Bénin atteigne rapidement une croissance économique durable de 6% ou plus par an. Par ailleurs, si la croissance économique restait de l'ordre de 5% ou 4% ou moins par an, une réduction rapide de la croissance démographique permettrait d'accélérer l'augmentation du PIB par tête. Il faut cependant garder à esprit que, même si la croissance économique atteignait, voire dépassait les 6% par an, le maintien d'une croissance démographique élevée impliquerait comme on l'a vu la poursuite d'une forte augmentation du nombre des naissances et des effectifs de jeunes, ce qui entraînerait des coûts supplémentaires de prise en charge de ces enfants et de ces jeunes par rapport à l'hypothèse d'une baisse rapide de la fécondité qui conduit à stabiliser assez rapidement le nombre des naissances et des effectifs de jeunes. L'économie du Bénin est donc susceptible de bénéficier d'une baisse rapide de la croissance démographique quelle que soit l'importance de la croissance économique à travers la réduction des dépenses consacrées aux enfants et aux jeunes, les économies ainsi réalisées pouvant être alors affectées au soutien à l'activité économique. Mais de plus, si la croissance économique reste modérée ou faible, la baisse rapide de la croissance démographique diminuera sensiblement le temps nécessaire au doublement du PIB par tête.

Les chances de l'économie béninoise d'atteindre rapidement de forts taux de croissance économique dépendent en partie de ses caractéristiques actuelles. Que peut-on dire à ce sujet ?

L'économie béninoise reste une économie vulnérable avec une part importante de son PIB dépendant de l'agriculture de subsistance et d'exportation et des activités de transit, entrepôt et réexportation vers les pays voisins, notamment le Nigeria et le Niger. Ces activités constituent avec l'agriculture les principaux moteurs du développement économique du Bénin. La légère diminution de la contribution du secteur primaire au PIB, de 43% dans les années 1960 à 36% au début des années 2000 (figure 3.3), reflète ainsi surtout la croissance plus rapide des activités de services liées à la fonction d'« économie d'entrepôt » qu'assure le Bénin. La contribution du secteur secondaire au PIB reste faible ; elle est passée de 11% dans les années 1970 à 14% au début des années 2000, le secteur manufacturier comptant pour la moitié de cette contribution. De fait, le secteur des services s'est développé rapidement depuis les années 1990, suite à la libéralisation économique et au développement des activités d'import-export autour de Cotonou et au développement de circuits de commerce, de transport et financiers avec le Nigeria. La contribution du secteur tertiaire au PIB est ainsi passée de 46% dans les années 1960 à 53% au début des années 2000.

Ceci dit, l'économie informelle représente un poids important dans la structure productive béninoise ce qui constitue un handicap à l'accélération de sa croissance économique. La forte croissance des activités informelles et de l'emploi informel au cours des dernières décennies peut être considérée comme la réponse apportée au défi de la croissance démographique par les populations, face à l'incapacité du secteur moderne à créer un nombre suffisant d'emplois. Dans ce contexte la plupart des jeunes se sont tournés vers le secteur informel (ou l'émigration) pour trouver un emploi ou développer une activité dans l'artisanat, le commerce, les transports etc. En 1999/2000, la part du secteur informel dans le PIB total du pays était estimée à 72%, ce qui est considérable. En termes d'emploi, si l'agriculture occupe environ les deux-tiers des actifs, les travailleurs du secteur non-agricole (patron et main-d'œuvre employée) sont essentiellement employés dans le secteur du commerce, notamment en zone urbaine où domine l'informel. On a ainsi estimé pour le Bénin que l'emploi informel représentait au début des années 1990, 93% du total des emplois non agricoles du pays<sup>18</sup>. Pour l'Afrique de l'Ouest en général les travaux de l'OCDE sur le sujet considèrent que le secteur informel est devenu depuis 1980 « le principal pourvoyeur d'emploi urbain et il devrait le rester à l'avenir, même si les entreprises modernes assurent en gros 80 % de la valeur ajoutée non-agricole.»

Alternative à l'emploi informel, l'émigration concernait en 2010, comme on l'a vu en 2.1, quelque 530 000 émigrants béninois vivant à l'extérieur du Bénin. Les envois de fonds de ces émigrés sont importants et ils contribuent à la fois au mieux-être des parents restés au pays et à l'économie. Ces envois, du moins ceux qui étaient comptabilisés, ont représenté en 2009 et en 2010 environ 240 millions de dollars soit 3,5% du PIB<sup>19</sup>. Ces envois étaient inférieurs à la moitié (39%) de l'aide publique au développement reçue par le Bénin en 2008, mais 2,4 fois plus élevés que les investissements directs étrangers réalisés au Bénin en 2008. Ces envois étaient aussi l'équivalent de 18% du total des exportations de biens et de services du Bénin en 2008.

Les faiblesses structurelles de l'économie du Bénin expliquent largement les variations annuelles considérables de la croissance économique et l'importance de la pauvreté. Selon les résultats des enquêtes de 1995, 1999, 2002 et 2006<sup>20</sup>, le pourcentage de la population vivant au-dessous du seuil national de pauvreté serait passé de moins de 30% entre 1995 et 2002, à près de 40% (37%) en 2006 (figure 3.4). Il y aurait donc eu une progression sensible de la pauvreté monétaire selon les données nationales ces dernières années, même si la comparaison des données des enquêtes de 2002 et 2006 doit être faite avec précaution. Cette progression de la pauvreté aurait concerné le milieu urbain comme le milieu rural, l'écart entre milieu rural et milieu urbain restant important en 2006 : 41% de pauvres en milieu rural contre 27% en milieu urbain (voir tableau 3). De manière intéressante, les perceptions de la pauvreté par la population ou « pauvreté subjective » confirment l'appréciation globale assez négative de leur bien-être par les ménages. En 2006 en effet, 39% des ménages estimaient vivre difficilement, contre 37% en 2001<sup>21</sup>. Les estimations internationales par ailleurs indiquent en 2003 un pourcentage de personnes vivant avec moins de 1,25\$ US PPA par jour (situation dite d'extrême pauvreté) plus élevé, 47% et un pourcentage de personnes vivant avec moins de 2,00\$ US PPA par jour de 75%. En comparaison le pourcentage de personnes vivant avec moins de 1,25\$ US PPA par jour a chuté en Chine de 60% en 1990 à 16% en 2005 et il était estimé à 29% en Indonésie en 2007 et à 42% en Inde en 2005. Mais dans les autres pays émergents pour lesquels on dispose de données récentes, on estime que seulement 5% au plus de la population totale vivaient avec moins de 1,25\$ US PPA par jour.

---

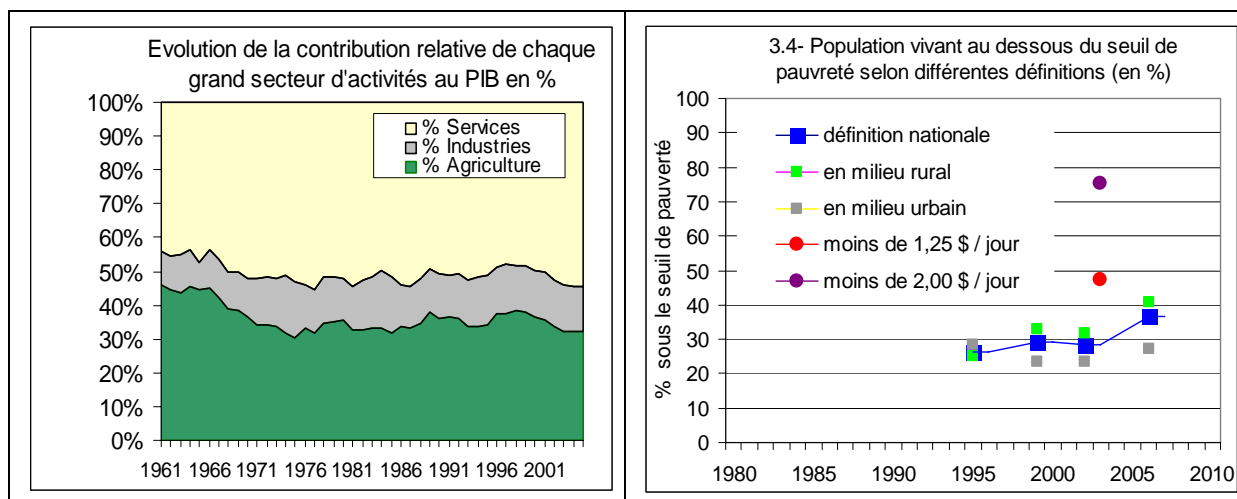
<sup>18</sup> 2008 - J. Charmes, 'Concepts, measurement and trends', chapter 2 of Johannes P. Jütting and Juan R. de Laiglesia (2009): *Is Informal Normal? Towards more and better jobs in developing countries*, An OECD Development Centre Perspective, Paris, 163p. (pp. 27-62).

<sup>19</sup> Migrations and remittances, Factbook 2011. Second Edition. The World Bank, November 2010, page 73.

<sup>20</sup> Les données sur la pauvreté en 1995, 1999, sont tirées de <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> et celles de 2002 et 2006 viennent des résultats des enquêtes QUIBB de 2002 et EMICOV de 2006, cités dans « Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté, 2008 – 2012 » page 20.

<sup>21</sup> Enquête 1-2-3, module Multiples Dimensions de la Pauvreté, 2001, INSAE. Enquête et résultats provisoires et partiels à partir du premier passage de EMICOV 2006 cités dans « Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté, 2008 – 2012 » page 21,

**Figures 3.3. – 3.4. : Evolution de la contribution de chaque secteur au PIB et de la pauvreté.**



Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>)

Pour la figure 3.5, voir Note en bas du tableau 3.

### 3.2 Quels impacts de la croissance démographique sur l'éducation ?

Le maintien d'une croissance économique forte et durable, suppose la constitution d'un capital humain de qualité<sup>22</sup>. De ce point de vue, on peut dire que le Bénin a déjà atteint des niveaux d'éducation de ses citoyens enviables dans la sous-région. En effet, l'éducation primaire pour tous est presque réalisée et l'éducation secondaire concerne une proportion croissante de jeunes. Néanmoins, plusieurs décennies d'efforts soutenus sont encore nécessaires pour que tous les actifs sachent lire et écrire et que la majorité d'entre eux ait au moins un niveau d'éducation secondaire.

Le pourcentage de la population adulte (15 ans et plus) sachant lire et écrire est passé d'environ 10% au moment de l'indépendance à plus de 40% en 2008 (tableau 4, figure 4.1). Chez les jeunes (15 à 24 ans) qui sont les entrants sur le marché du travail, ce pourcentage est passé d'environ 20% au moment de l'indépendance à plus de 50% en 2008. Ces niveaux appréciables sont le résultat des efforts considérables consentis par le Bénin pour accroître le niveau d'éducation de sa population. Ils sont la conséquence directe de la forte progression du taux brut de scolarisation au primaire qui est passé de 25%-30% en 1960 à plus de 100% aujourd'hui, précisément 116% en 2008, chiffre qui indique que le Bénin n'est pas loin de l'éducation pour tous, mais qui souligne aussi l'importance du nombre d'enfants ayant dépassé l'âge normal d'inscription au primaire et qui sont donc en situation de retard scolaire. De fait, l'éducation pour tous n'est pas encore atteinte puisque le taux net de scolarisation au primaire était estimé en 2008 à 93% ; mais à l'évidence cela ne saurait tarder. Au Bénin comme dans les autres pays de la sous-région, la forte progression de la scolarisation au primaire est associée à divers problèmes comme l'importance des retards et redoublements, le non achèvement du cycle primaire et des ratios élèves-enseignant trop élevés, problèmes qui sont le reflet des difficultés d'accorder au secteur éducatif les moyens dont il a besoin pour arriver à la fois à scolariser tous les enfants, maintenir des niveaux d'enseignement de qualité acceptable et faire face à la croissance rapide de la population scolarisable. Ainsi, les taux d'achèvement du cycle primaire ne sont toujours pas satisfaisants, quoiqu'ils aient fortement progressé ces dernières années. En effet, on estime aujourd'hui que deux élèves sur trois achèvent le cycle primaire, contre moins d'un élève sur cinq au début des années 1970. Aussi, les ratios élèves-enseignants sont restés élevés au primaire : 53 élèves par enseignant en 2000 et 45 en 2008. Ces ratios représentent plus du double des ratios enregistrés dans la plupart des pays émergents, où ils se situent aujourd'hui entre 15 et 25 élèves par maître.

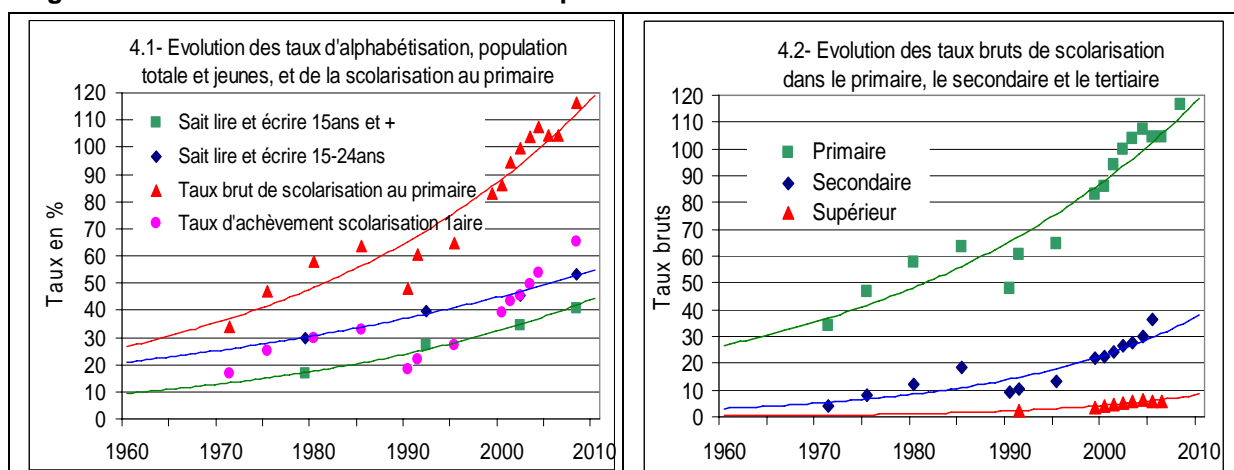
<sup>22</sup> Le capital humain peut être défini comme l'ensemble des connaissances et aptitudes que possèdent les individus et qui les rend potentiellement plus productifs. Il s'acquiert par l'éducation et l'expérience et suppose une bonne santé et résistance aux maladies de l'ensemble de la population.

**Tableau 4. Education au Bénin**

Années	1960	1970	1980	1990	2000	2005-08
Population adulte sachant lire et écrire	-	-	16,5(1979)	27,2(1992)	34,7(2002)	40,8(2008)
Population de 15 à 24 ans sachant lire et écrire	-	-	29,8(1979)	39,9(1992)	45,3(2002)	53,3(2008)
<b>Enseignement Primaire</b>						
- Taux brut de scolarisation		34,0(1971)	57,9	60,6(1991)	103,6(2003)	116,6(2008)
- Taux net de scolarisation		--		46,3(1991)	86,5(2003)	92,8(2008)
- Taux d'achèvement du cycle		16,7(1971)	29,8	18,4	39,3	65,1(2008)
- Ratio élèves-enseignant		41,4(1971)	54,6	30,5	52,6	44,6(2008)
<b>Enseignement Secondaire</b>						
- Taux brut de scolarisation		3,9 (1971)	12,3	9,1	22,6	36,3(2005)
- Taux net de scolarisation		-	-	-	18,1	
Supérieur: Taux brut de scolarisation		-	-	2,5(1991)	3,8	5,8 (2006)
<b>Dépenses publiques pour l'éducation</b>						
- en % du PIB		-	-	3,1(1995)	3,1	3,6(2007)
- en % des dépenses du gouvernement		-	-	15,2(1995)	15,6(1999)	15,9(2007)

Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>)

**Figures 4.1. – 4.2. : Evolution des taux d'alphabétisation et de scolarisation.**



Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>)

Un constat plus ou moins similaire peut être dressé pour le secondaire et le supérieur. Le taux brut de scolarisation au secondaire qui était de 4% en 1971 est passé à plus de 20% en 2000 et il devrait être aujourd'hui proche de 40% (figure 4.2). Mais là aussi, les retards sont nombreux et le taux net de scolarisation au secondaire devrait être de 5 à 10 points de pourcentage inférieur au taux brut. Dans le secondaire, le ratio élèves-enseignant est également élevé : il est resté longtemps supérieur à 30 élèves par maître et il situe aujourd'hui autour de 25 élèves par maître. Dans le supérieur, le taux brut de scolarisation qui était de 2,5% en 1991 est passé à 6% en 2006.

Des avancées majeures ont donc été réalisées au niveau de l'enseignement primaire au Bénin qui est en passe d'atteindre l'éducation pour tous. Mais au niveau secondaire le taux net de scolarisation qui est de l'ordre de 30% reste deux à trois fois moindre que les taux enregistrés dans les pays émergents où ils se situent aujourd'hui entre 60% et plus de 90%. Au niveau supérieur, le taux brut de scolarisation atteint par le Bénin, 6%, est trois à cinq fois moindre que les taux atteints dans les pays émergents où ils se situent entre 15% et 30%. On notera par ailleurs la persistance au primaire d'un écart en défaveur des filles. Le taux brut de scolarisation des filles au niveau primaire restait ainsi en 2008 inférieur d'environ 15 points de pourcentage à celui des garçons ; mais il faut noter que cet écart s'est beaucoup réduit au cours des 20 dernières années. Au niveau secondaire, le taux brut de scolarisation des filles était d'environ 20 points inférieur à celui des garçons et au niveau du supérieur de 5 points inférieur (7% contre 2% en 2001). Mais compte tenu du niveau des taux, cela signifie que les filles scolarisées étaient de 10% à 15% moins nombreuses que les garçons au primaire, 40% moins nombreuses que les garçons au secondaire et qu'au niveau supérieur il y avait (du moins en 2001) quatre fois moins de filles que de garçons à l'Université.

La multiplication par 4,5 depuis 1960 de la population à scolariser et la multiplication des taux bruts de scolarisation par 4 au primaire (d'environ 25/30% à plus de 100%) et par 10 au secondaire (d'environ 4% à 40%) ont conduit à une multiplication du nombre d'élèves scolarisés par près de 20 fois au primaire et par 45 fois au secondaire. Dans l'enseignement supérieur, entre 1991 et 2006, le nombre d'étudiants a été multiplié par 2,5. Les moyens humains et financiers qu'il a fallu mobiliser pour arriver à ces résultats ont été évidemment considérables. Selon les données de la Banque mondiale l'ensemble des dépenses publiques consacrées à l'éducation se serait situé ces dernières années entre 3% et 4% du PIB et ces dépenses représentent de 15% à 16% du total des dépenses de l'Etat. Le coût par élève au primaire représentait en 2006 environ 12% du PIB par tête, ce qui correspond à environ 40 000 FCFA. Cependant les coûts par élève au secondaire et dans le supérieur sont respectivement 2 fois et 12 fois plus élevés. Or, on doit s'attendre dans les 20 prochaines années à une forte progression des effectifs à ces deux niveaux.

On peut se fixer comme objectif d'atteindre assez rapidement un taux net de scolarisation de 100% dans le primaire (contre 93% en 2008) et d'ici 2030 un taux net de scolarisation de 60% dans le secondaire (contre en gros 30% en 2008 ou 2009) et un taux brut de 15% dans le supérieur, ce qui permettrait au Bénin d'arriver à des niveaux d'éducation plus ou moins comparables à ceux observés aujourd'hui dans les pays émergents. Ces objectifs correspondent à une augmentation des taux de moins de 10% pour le primaire, à leur multiplication par 2 pour le secondaire et par 2,5 pour le supérieur. Mais par ailleurs, d'ici 2030, les populations scolarisables vont augmenter de 60% à 80% pour le primaire (dépendant de l'hypothèse démographique) et elles vont être multipliées par 1,9 pour le secondaire et pour le supérieur. La combinaison de ces facteurs conduit ainsi en 2030 à des effectifs d'élèves 1,7 à 1,9 fois plus nombreux au primaire, 4 fois plus nombreux au secondaire et 5 fois plus nombreux au supérieur. Atteindre ces objectifs constitue un défi qu'il n'est pas impossible de relever, mais les moyens humains et financiers qu'il faudra mobiliser sont importants. On peut donc espérer que d'ici 2050, pratiquement toute la population active saura lire et écrire. En effet les enfants qui ont aujourd'hui entre 5 et 15 ans qui auront été pratiquement tous scolarisés auront en 2050 entre 45 et 55 ans, mais il faudra plus du temps et d'efforts pour que 60% de la population active ait au moins un niveau d'éducation secondaire.

### **3.3 Quels impacts sur la santé et sur la santé de la reproduction ?**

Un état de santé satisfaisant de l'ensemble de la population, en particulier de la population active, mais aussi des mères et des enfants, est un facteur favorable à leur productivité et à leur contribution à l'économie et pour les enfants à leur réussite scolaire. Des taux de mortalité et de morbidité peu élevés constituent donc un élément essentiel de la qualité du capital humain du pays. Les indicateurs dont on dispose à ce sujet sont des estimations. Elles ne sont pas parfaites, mais elles permettent cependant de se faire une idée des progrès réalisés.

Ainsi l'espérance de vie à la naissance qui était en 1960 de 41 ans selon les Nations unies aurait progressé de quelque 20 ans. Celle-ci était estimée en effet en 2010 à 62 ans tant par l'Institut National de la statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) que par les Nations unies.

Le Bénin comptait environ une centaine de médecins au moment de l'indépendance. Il en compte aujourd'hui plus de 500. Mais la population ayant été multipliée par quatre le nombre d'habitants par médecin reste très élevé. On comptait en effet un médecin pour 17 000 habitants en 2008, contre un médecin pour 2000/3000 habitants dans les pays émergents (tableau 5). Par ailleurs, le Bénin comptait en 2004 environ 5 500 infirmiers, soit un infirmier pour 1 400 habitants. Il comptait aussi en 2005, 4000 lits d'hôpital, soit un lit pour 2000 habitants. Dans les pays émergents, on compte un infirmier pour 500 à 1500 habitants et un lit pour 500 à 1 000 habitants. Dans ce contexte, les décès, largement évitables, imputables aux maladies infectieuses, à une mauvaise prise en charge des grossesses et à la malnutrition sont nombreux. On estimait en 2002 que 69% du total des décès au Bénin étaient imputables à ces causes (contre 10% à 30% dans les pays émergents). Le pourcentage de personnes sous-alimentées (en dehors des périodes de pénuries aiguës qui surviennent entre deux récoltes), reste toujours élevé puisqu'il était estimé en 2006 à 19%, même si ce pourcentage a diminué régulièrement ces dernières années (il était estimée à 28% en 1992). Cependant, compte tenu de la forte augmentation de la population, le nombre de personnes sous-alimentées en 2006 - 1,6 million - serait plus ou moins le même qu'en 1992. Dans le domaine de l'hygiène, on estimait en 2006 que 65% de la population avaient accès à une source d'approvisionnement en eau de meilleure qualité. Mais les progrès réalisés ces dernières années dans ce domaine ont été modestes. En fait, ils

ont plus ou moins permis de compenser l'augmentation des populations à desservir, sans amélioration notable de l'accès. Entre 1990 et 2006 en effet, le pourcentage de la population ayant accès à une source d'approvisionnement en eau de meilleure qualité est resté le même en milieu rural, à 57% et il n'a progressé que de quelques points en milieu urbain, de 73% à 78%. Par contre, l'accès à de meilleurs systèmes d'assainissement s'est sensiblement amélioré, même si le pourcentage de la population ayant accès à tels systèmes reste globalement faible (30% en 2006). Le pourcentage de la population ayant accès à de meilleurs systèmes d'assainissement est ainsi passé entre 1990 et 2006 de 2% à 11% en milieu rural et de 32% à 59% en milieu urbain.

**Tableau 5. Santé au Bénin**

Années	1960	1970	1980	1990	2000	2006-09
Nombre d'habitants par médecin (en milliers)	25,1	29,1	16,9	19,8	17,2(1995)	16,9(2008)
Population sous-alimentée (en %)	-	-	28(1992)	26(1997)	22(2002)	19(2006)
Population approvisionnée en eau (en %)	-	-	-	-	-	-
- en milieu urbain	-	-	-	73	76	78 (2006)
- en milieu rural	-	-	-	57	57	57 (2006)
Accès à un système d'assainissement (en %)	-	-	-	-	-	-
- en milieu urbain	-	-	-	32	51	59 (2006)
- en milieu rural	-	-	-	2	8	11(2006)
Mères ayant reçu des soins prénatals	-	-	-	-	-	-
- au moins 1 fois	-	-	-	80(1996)	81 (2001)	84 (2006)
- au moins 4 fois	-	-	-	54(1996)	61 (2001)	61 (2006)
Naissances assistées par personnel de santé (%)	-	-	-	60(1996)	66 (2001)	74 (2006)
Enfants vaccinés (%) contre:	-	-	-	-	-	-
- la rougeole	-	-	23(1985)	79	72	61 (2008)
- la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite	-	-	17(1985)	74	79	67 (2008)
- la tuberculose	-	-	27(1985)	92	94	88 (2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	174	152	129	116	97	82 (2009)
Taux de mortalité avant 5 ans (pour 1000)	300/350	-	213	184	144	116 (2009)
Enfants de petits poids par rapport à l'âge(%)	-	-	-	27(1996)	22(2001)	20 (2006)
Enfants de petite taille par rapport à l'âge (%)	-	-	-	35(1996)	39(2001)	45 (2006)

Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> et United Nations Population Division, World Population Prospects: The 2008 Revision, File 4: Interpolated demographic indicators by major area, region and country, annually for 1950-2050.

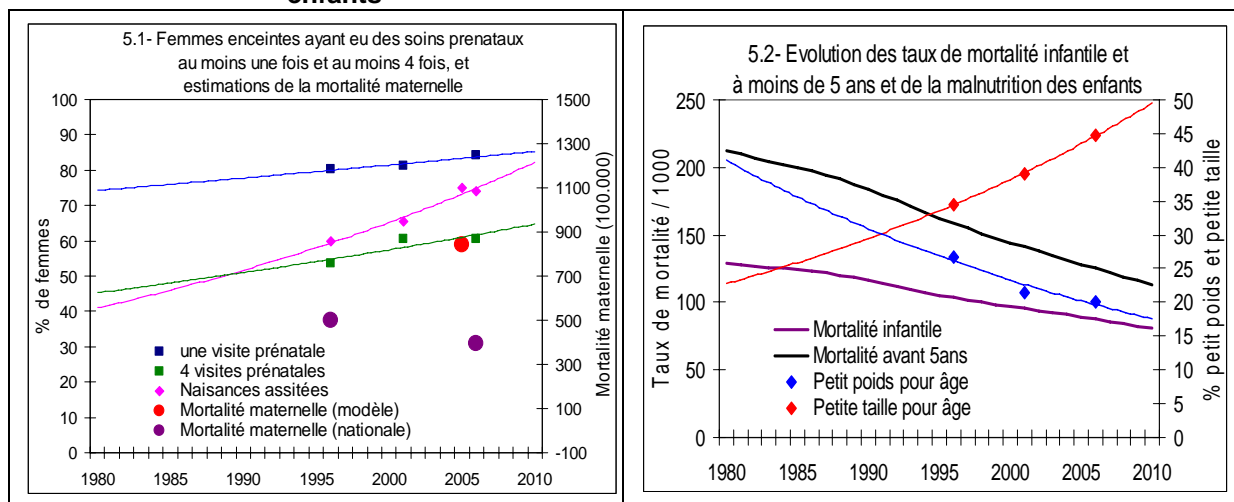
La mortalité maternelle et celle des enfants sont toujours à des niveaux élevés, malgré les progrès accomplis en termes de suivi des grossesses et d'assistance à l'accouchement. On estimait en 2006 que cinq femmes sur six (84%) avaient reçu des soins prénatals par un personnel de santé au moins une fois pendant leur grossesse et que près de deux femmes sur trois (60%) avaient eu les quatre visites recommandées. Concernant les accouchements on estimait, toujours en 2006, que trois naissances sur quatre s'étaient déroulées avec l'assistance de personnels de santé contre 60% en 1996 (tableau 5, figure 5.1). Ces taux de couverture, honorables dans le contexte sous-régional, restent cependant insuffisants, de même que globalement la qualité des soins correspondant. Ceci explique le ratio de décès maternel toujours élevé qui prévaut au Bénin. Le ratio de décès maternel a été estimé par modèle<sup>23</sup> à 840 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2005, contre 397 (deux fois moins) selon l'estimation obtenue à partir des déclarations recueillies lors de l'enquête DHS de 2006. Quel que soit le ratio retenu, la mortalité maternelle au Bénin est l'une des plus élevée au monde. Le ratio estimé par modèle est en effet environ 5 fois plus élevé que celui donné pour l'Egypte, 10 fois plus élevé que celui donné pour la Malaisie, près de 50 fois plus élevé que celui donné pour l'île Maurice et 100 fois plus élevé que ceux donnés pour les pays développés. Selon le ratio utilisé (données de l'enquête de 2006 ou ratio estimé par modèle), le nombre de décès maternels au Bénin se situe actuellement entre environ 1 500 et 3 000 décès par an, ce qui correspond à 2% à 4% du total des décès. Ces résultats s'expliquent non seulement par la prise en charge toujours insuffisante des grossesses et des accouchements, mais aussi par l'importance des grossesses à

<sup>23</sup> Les niveaux de mortalité maternelle sont estimés pour divers pays du monde grâce à un modèle de régression à partir de données sur la fécondité, les sages-femmes, la prévalence du VIH. Voir <http://data.worldbank.org/indicateur/SH.STA.MMRT>.

risques qui représentent au moins la moitié des grossesses. Ces grossesses à risque sont la conséquence de l'importance des grossesses chez les adolescentes, des grossesses mal espacées, trop nombreuses et parfois tardives (après 35 ans voire 40 ans). En effet, une Béninoise sur deux a eu ses premiers rapports sexuels avant 18 ans et une Béninoise sur deux a eu son premier enfant avant 20 ans. L'espacement entre les deux dernières naissances est inférieur à 24 mois chez une multipare sur six et inférieur à 36 mois pour plus de la moitié d'entre elles.<sup>24</sup> Aussi les naissances de mères de plus de 35 ans représentent 14% du total des naissances.

L'ensemble de ces facteurs contribuent aussi à la forte mortalité des enfants. Une proportion importante (40%) des quelque 80 000 décès annuels qui surviennent au Bénin sont des décès d'enfants de moins de 5 ans. Pourtant, la couverture vaccinale a fortement progressé. Aujourd'hui environ deux enfants sur trois ont été vaccinés contre la rougeole (61% en 2008) et contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (vaccin DTP : 67%). Neuf enfants sur dix ont été vaccinés contre la tuberculose (88%). En comparaison, un enfant béninois sur quatre seulement était vacciné contre ces maladies en 1985. De fait, le taux de mortalité infantile a diminué de près de 40% depuis 1980 et le taux de mortalité avant 5 ans a diminué de près de moitié. Mais fait extrêmement préoccupant, la malnutrition des enfants se maintient à des niveaux très élevés. Ainsi en 2006, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans de petits poids par rapport à leur âge était estimé à 20% et celui des enfants de moins de 5 ans de petite taille par rapport à leur âge à 45% (tableau 5, figure 5.2)<sup>25</sup>. Le faible poids pour l'âge peut être dû à la petite taille de l'enfant et/ou à sa maigreur, deux causes qu'il n'est pas facile d'isoler. Mais le retard de croissance en taille, plus fréquent, appelé parfois « malnutrition chronique » est le révélateur de problèmes majeurs de malnutrition et de santé rencontrés par l'enfant notamment entre 6 et 24 mois. Or selon les résultats des enquêtes DHS de 1996, 2001 et 2006, le pourcentage d'enfants accusant un retard de croissance en taille a augmenté au Bénin et ce retard a des conséquences à long terme très graves. Selon plusieurs études en effet, le retard de croissance en taille affecte négativement les capacités cognitives et l'état de santé des enfants concernés jusqu'à l'âge adulte. Une forte prévalence du retard de croissance en taille est donc susceptible d'avoir des effets considérables et durables sur la productivité des économies et le bien être des citoyens.<sup>26</sup>

**Figures 5.1. et 5.2. : Evolution de la prise en charge des grossesses, mortalité et nutrition des enfants**



Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> et United Nations, Population Division, World Population Prospects: The 2008 Revision, File 4: Interpolated demographic indicators by major area, region and country, annually for 1950-2050

<sup>24</sup> <http://www.measuredhs.com/pubs/>, voir Country, [Bénin: DHS, 2006 - Final Report \(French\)](#), pages 90, 59 et 58

<sup>25</sup> Pour les définitions de ces deux indicateurs voir <http://data.worldbank.org/indicateur/SH.STA.MMR> et <http://data.worldbank.org/indicateur/SH.STA.STNT.ZS>

<sup>26</sup> Voir [www.worldbank.org/adi](http://www.worldbank.org/adi) « Indicateurs du Développement en Afrique, 2010, Banque mondiale », page 14.

Selon les données de la Banque mondiale l'ensemble des dépenses publiques consacrées à la santé aurait représenté ces dernières années environ 5% du PIB, ce qui correspond à des dépenses d'environ 17 000 FCFA par an et par personne. Le gouvernement a consacré ces dernières années environ 11% de son budget à des dépenses liées à la santé (dépenses récurrentes – prestations de soins préventifs et curatifs, activités de planification familiale, ayant trait à la nutrition et l'aide d'urgence en matière santé – et en immobilisations prévues par les budgets de l'Etat). Mais le recours fréquent au secteur privé pour les soins préventifs comme curatifs pose le problème de l'organisation du système de santé au Bénin et des carences du secteur public, auquel recourent les familles et personnes les plus défavorisés et vulnérables de la population.

Dans les 20 ans à venir, l'augmentation de la population et la nécessité d'améliorer la couverture sanitaire et les performances du système de santé, vont requérir des moyens considérables. Avec l'augmentation de l'espérance de vie et l'augmentation du nombre d'adultes et de vieux, les cas de maladies cardio-vasculaires et de maladies liées au vieillissement vont augmenter. Quelle que soit l'hypothèse démographique retenue, les effectifs de la population de 15 à 64 ans vont doubler d'ici 2030, de même que les effectifs de la population de 65 ans et plus. Même en se fixant des objectifs modérés il faudrait multiplier par exemple par 5 fois, le nombre de médecins par habitant, par 3 ou 4 fois le ratio lits d'hôpital par habitant et par 2 ou 3 fois le nombre d'infirmiers ou d'infirmières par habitants. Pour atteindre de tels objectifs, il faudra donc multiplier les moyens actuels par 4, 6 ou 10 fois, ce qui suppose une croissance des moyens de 7%, 9%, voire 12% par an pendant 20 ans. Concernant le suivi des grossesses, leur nombre augmentera d'ici 2030 de 20% avec l'hypothèse démographique basse et de 70% avec l'hypothèse démographique haute. La quasi stabilisation du nombre des naissances dans les 20 ans qui viennent permettrait donc un suivi plus complet des femmes enceintes et l'amélioration de la qualité des soins, deux contions essentielles pour accélérer la baisse de la mortalité maternelle et pour réduire encore davantage les taux de mortalité des enfants. Avec l'hypothèse démographique haute par contre, des moyens importants continueront d'être nécessaires pour simplement faire face à l'augmentation du nombre des grossesses. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans, qu'il faudra vacciner et dont il faudra suivre la croissance augmentera à peu près dans les mêmes proportions, mais ils seront moins nombreux avec l'hypothèse démographique basse (2 millions contre 2,7 millions en 2030), ce qui se traduira par « un moins à dépenser », c'est-à-dire par des économies susceptibles d'être investies par exemple dans l'amélioration du système de santé.

### **3.4. Comment le Bénin peut-il bénéficier du dividende démographique ?**

Dans ce contexte toujours contraints par divers retards à rattraper et par la poursuite de la croissance démographique, quelle est la pertinence du concept de « dividende démographique » ?

L'impact de la forte croissance démographique des pays du Sud sur leur développement a fait l'objet de nombreux débats. En Afrique subsaharienne, le point de vue dominant a été et reste encore largement, de considérer la croissance rapide de la population et sa taille comme des facteurs de prospérité, car contribuant à l'expansion des marchés et à l'augmentation du capital humain des pays. De fait, jusqu'à la fin des années 1990, la plupart des travaux économétriques sur le sujet, concluaient que les relations entre croissance démographique et croissance économique étaient peu robustes, ce qui explique en partie la faible mobilisation des gouvernements et de leurs partenaires en faveur de politiques visant à réduire la fécondité. Cependant, en se limitant à l'analyse des relations entre croissance économique et croissance démographique et à la taille de la population, ces travaux ont ignoré une variable démographique fondamentale : la structure par âge<sup>27</sup>. Se pose aussi la question de l'impact de la taille de la population d'un pays sur sa croissance économique, nombre de pays émergents en dépit de leurs populations peu importantes, comme Maurice et Singapour par exemple, ayant enregistré de fortes croissances économiques.

De nombreux travaux récents montrent effectivement l'importance des changements de structure par âge dans l'accélération de la croissance économique des pays émergents, notamment en Asie de l'Est. Un essai d'explication de l'écart entre les taux de croissance de l'Afrique subsaharienne et ceux estimés pour un échantillon d'autres pays, conclue ainsi que l'essentiel de cet écart s'explique par des facteurs démographiques.<sup>28</sup> Les auteurs estiment à partir d'un modèle de régression pour la période

<sup>27</sup> BIRSDSALL N., KELLEY C., SINDINGS S.W., 2000 : "Population Matters". OXFORD University Press.

<sup>28</sup> NDULU Benno J. & al., 2007 : « *Challenges of African growth: Opportunities, Constraints, and Strategic Directions* » – World Bank, Washington D.C (voir pages 79 à 97, 86 et 88 pour les données sur le Bénin et 106 à 116.

1960-2004, la contribution de 11 variables (regroupées en conditions initiales, démographie, géographie, chocs, facteurs politiques) à la croissance des pays concernés. Ils trouvent ainsi que les différences entre la croissance calculée pour l'Afrique subsaharienne et celles calculées pour l'échantillon (différence de -1,1 point), pour divers pays d'Asie de l'Est et du Pacifique (différence de -2,8 points) et d'Asie du Sud (différence de -1,7 point), s'explique principalement par les écarts entre taux de dépendance et espérances de vie à la naissance des pays étudiés. Dans les trois comparaisons, les taux de dépendance élevés en Afrique subsaharienne expliquent entre 40% et 60% de ces différences. Vient ensuite, à un niveau aussi très élevé, la faiblesse des espérances de vie en Afrique subsaharienne. L'analyse par périodes (1960-1974, 1975-1994, 1995-2004) et par pays, confirme le fort impact négatif de ces deux facteurs pour la croissance économique. Ceci se vérifie également dans le cas du Bénin. Les auteurs concluent qu'il convient donc de chercher à accélérer la transition démographique (accélérer la baisse de la fécondité et continuer parallèlement à faire baisser la mortalité) au travers de programmes de santé et de planification familiale, ceci afin de créer les conditions d'amélioration de la qualité du capital humain.

Ces nouvelles approches qui intègrent la dimension de structure par âge se basent sur la reconnaissance de la solidarité intergénérationnelle qui existe dans toute société et sur la prise en compte des changements de structure par âge qui accompagnent la transition démographique<sup>29</sup>. Dans un premier temps, la baisse de la mortalité, surtout celle des enfants, conduit à de fortes augmentations des naissances et des effectifs de jeunes. Puis, lorsque la fécondité commence à baisser, le nombre de naissances croît moins vite, se stabilise ou décroît, mais, la population d'âge actif (conventionnellement les 15 à 64 ans) continue d'augmenter. Les taux de dépendance diminuent et les actifs, plus nombreux, de même que les gouvernements sont alors en mesure de réduire leurs dépenses en faveur des enfants et de consacrer une part plus importante de leurs revenus et de leurs budgets à l'épargne et aux investissements productifs. Ce faisant, ils contribuent à stimuler la croissance économique. Cette période de baisse continue des taux de dépendance, ouvre une première fenêtre d'opportunité, qui permet de bénéficier, sous certaines conditions, du « premier dividende démographique ». Cette période peut durer une cinquantaine d'années jusqu'à ce que les générations nombreuses d'actifs se rapprochent de l'âge de la retraite. Vers la fin donc de la première période, le vieillissement d'actifs nombreux, ouvre ce qu'on appelle la période du « second dividende démographique ». En effet ces nouveaux « vieux » qui ont de fortes chances de vivre une longue période de retraite, peuvent être fortement incités à épargner et à accumuler des actifs. Et, si ces avoirs sont investis, ils sont susceptibles de contribuer à une augmentation durable du revenu national.

Ces deux dividendes, dont les effets peuvent donc se chevaucher, ont eu des effets positifs entre 1970 et 2000 sur la croissance de la plupart des régions en développement, sauf en Afrique subsaharienne parce que les taux de dépendance y sont restés très élevés. Ceci est particulièrement vrai en Asie de l'Est et du Sud-est où la contribution des deux dividendes démographiques à la croissance effective du PIB réel de cette sous région a été estimée à 1,90 point de croissance, soit 44% des 4,3% par an de croissance observés en moyenne entre 1970 et 2000<sup>30</sup>. Cependant, la contribution à la croissance du premier dividende démographique, comme du second, n'est pas automatique. Elle dépend de plusieurs conditions, elles-mêmes liées à la mise en place de politiques appropriées et d'un environnement politique et institutionnel adéquat. A ce sujet, l'expérience des pays d'Asie de l'Est<sup>31</sup> souligne l'importance de trois facteurs : 1) la qualité du capital humain (éducation et santé), 2) la capacité des pays à créer un nombre suffisant d'emplois et à accroître la productivité du travail et par là, les salaires et 3) le rôle de l'épargne et des investissements. De fait, la croissance rapide de la main d'œuvre ne devient un avantage que si elle est accompagnée de la création d'un nombre suffisant d'emplois et d'une augmentation de la productivité. Faute de quoi, cette main-d'œuvre nombreuse, plus éduquée, risque d'être inemployée et de devenir une charge et un facteur de troubles sociaux. De manière similaire, l'augmentation de l'épargne rendue possible par l'allègement des dépenses en direction des enfants et des jeunes, ne se traduira pas par une augmentation des investissements si l'inflation est forte, la situation politique instable et si les institutions politiques et judiciaires sont peu fiables.

<sup>29</sup> Booms, Replis et Échos. *David E. Bloom et David Canning*. Finances & Développement, September 2006

<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/Bloom.pdf>, pages 8à13.

<sup>30</sup> Les dividendes de l'évolution démographique. *Ronald Lee et Andrew Mason*. Finances & Développement Septembre 2006, page 17 <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/basics.pdf>

<sup>31</sup> Capitalizing On The Demographic Dividend. *Andrew Mason*. In Poverty. Achieving Equity. PDS Series, Nber 8, 2003, UNFPA, p.39-48. [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2003/population\\_poverty.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2003/population_poverty.pdf).

Ceci dit, l'importance et les modalités des transferts des actifs (qui produisent plus qu'ils ne consomment) vers les enfants et les personnes âgées (qui consomment mais ne produisent pas ou peu) varient d'un pays à l'autre. Certaines dépenses sont surtout à la charge des familles (nourriture, habillement, logement), d'autres, davantage à la charge de l'Etat (santé, éducation), quoique le recours au secteur privé puisse être important. Le projet *National Transfer Accounts* (NTA) étudie dans le détail ces modalités pour 23 pays dont 5 pays d'Afrique subsaharienne (Kenya, Nigeria, Sénégal, Mozambique et Afrique du Sud)<sup>32</sup>. Il apparaît pour ces pays que l'âge moyen auquel les individus deviennent des producteurs nets (c'est-à-dire produisent plus qu'ils ne consomment) est relativement élevé, de l'ordre de 30 ans (35 ans au Sénégal en 2004 et 32 ans au Nigeria en 2005) et que l'âge auquel ils redeviennent des consommateurs nets est de l'ordre de 60 ans (60 ans au Sénégal et 62 ans au Nigeria). Ceci laisse un nombre d'années de « surplus » d'une trentaine d'années et conduit à des ratios de support (nombre d'actifs par dépendants) plus faibles que ceux obtenus en considérant comme actifs les 15 à 64 ans et les dépendants les moins de 15 ans et les 65 ans et plus.

Compte tenu de l'amorce très récente de la baisse de la fécondité et des retards de développement dans les pays d'Afrique subsaharienne, la question a été posée de savoir si ces pays étaient en mesure de « bénéficier du dividende démographique »<sup>33</sup>. Le travail fait à ce sujet qui porte sur 32 pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels les données nécessaires à l'analyse étaient disponibles répond positivement, tout en soulignant à nouveau l'importance d'un environnement politique et institutionnel adéquat. Malheureusement le Bénin ne fait pas partie des pays examinés. Après examen de la croissance projetée des effectifs des 15 à 64 ans et d'indicateurs concernant l'environnement institutionnel, les auteurs ont conclu en 2007, que parmi les 32 pays étudiés, le Ghana, la Côte-d'Ivoire, le Malawi, le Mozambique et la Namibie étaient en position de bénéficier dans les 20 prochaines années du dividende démographique. Le Cameroun, le Sénégal, la Tanzanie et le Togo étaient bien placés pour la croissance de leur main-d'œuvre, mais devaient améliorer significativement leurs environnements institutionnels pour pouvoir bénéficier pleinement du dividende démographique. Enfin, la persistance de taux de dépendance élevés et un environnement institutionnel toujours déficient semblaient exclure dans l'immédiat, selon les auteurs, les autres pays étudiés.

On peut conclure à partir de ce qui précède que le Bénin peut bénéficier, comme d'autres pays l'ont fait avant lui, du dividende démographique pour accélérer sa croissance économique. Mais pour cela il doit poursuivre ses efforts pour réduire la mortalité et aussi accélérer la baisse de sa fécondité, qui reste élevée et s'assurer que cette baisse soit suffisamment régulière pour conduire à une diminution rapide des taux de dépendance. Le Bénin sera alors en mesure d'améliorer plus rapidement son capital humain et la productivité de ses travailleurs. Parallèlement, les efforts pour parfaire la qualité de son environnement institutionnel devront être poursuivis. Ces conditions remplies, le Bénin pourrait être en position de bénéficier dans les 20 prochaines années du dividende démographique et être en mesure donc de consolider sa croissance économique.

---

<sup>32</sup> <http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Documents/Meetings> voir

[EWC Conference on Population and the Generational Economy, Honolulu, June 11-12, 2010](#)

<sup>33</sup> Realizing the Demographic Dividend: Is Africa any different? D.E. Bloom & al. Harvard University, May 2007. [http://www.aercafrica.org/documents/reproductive\\_health\\_working\\_papers/Bloom\\_Canning\\_et\\_al\\_Demographic\\_Dividend\\_in\\_Africa.pdf](http://www.aercafrica.org/documents/reproductive_health_working_papers/Bloom_Canning_et_al_Demographic_Dividend_in_Africa.pdf)

## 4 Les politiques publiques du Bénin face aux défis démographiques<sup>34</sup>

L'évolution de la population a été considérée par les autorités béninoises jusqu'à la fin des années 1990 comme satisfaisante et ne nécessitant pas d'intervention particulière<sup>35</sup>. Pourtant la croissance rapide de la population du Bénin est bien documentée depuis le milieu des années 1970. En effet, les projections des Nations unies, comme les projections nationales faites à la suite des recensements de 1979 et 1992 ont bien anticipé l'augmentation rapide de la population.

### 4.1 Les politiques de population

Le Bénin a établi un organe chargé du suivi des questions relatives à la population relativement tard. En effet, ce n'est qu'en juillet 1993, qu'une Commission Nationale des Ressources Humaines et de la Population (CNRHP) a été créée. Placée à l'origine sous la tutelle du Ministère en charge du Plan, elle est rattachée aujourd'hui au Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances. Le secrétariat permanent de la CNRHP est assuré par la Direction Générale des Politiques de Développement à travers la Direction des Politiques et Programmes de Population.

En mai 1996 la première Déclaration de Politique de Population<sup>36</sup> (DEPOLIPO) portant sur la période 1996-2016 a été adoptée. Cette politique affichait une liste de 16 objectifs généraux, portant sur l'éducation, la santé, la fécondité, les migrations, l'environnement, le genre, des populations spécifiques (jeunes, vieux, handicapés), l'amélioration des connaissances et la mobilisation de la population sur les problèmes socio-économiques et démographiques du pays. Le relèvement de l'espérance de vie à la naissance (de 54 ans en 1992 à 65 ans en 2016) et la promotion d'« une fécondité responsable » figuraient respectivement en 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> position dans cette liste.

L'évaluation de cette politique réalisée en 2003, a révélé des insuffisances liées à la formulation des objectifs spécifiques et l'inexistence d'un plan d'action et de suivi de la DEPOLIPO. Ce qui a conduit à sa révision en 2006<sup>37</sup>. La nouvelle politique adoptée a gardé les objectifs et les stratégies de la première politique en procédant, toutefois à certaines reformulations et en retenant des indicateurs quantitatifs pour l'évaluation des objectifs. Il s'agit notamment de :

- la réduction de la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans de 146,4‰ en 2002 à 90,0‰ en 2016 ;
- la réduction de la mortalité maternelle de 474 pour 100.000 naissances vivantes en 2002 à 390 en 2016 ;
- la réduction du taux de fécondité des femmes âgées de 15-49 ans de 27‰ en 2001 à 15‰ en 2016 ;
- l'augmentation de la prévalence contraceptive (pour l'ensemble des méthodes) chez les femmes âgées de 15-49 ans du 17,8% en 2001 à 40% en 2016

On notera que le nombre moyen d'enfants par femme selon les résultats de l'enquête DHS de 2001 étant estimé à 5,6, l'objectif de réduction des taux de fécondité indiqué correspond à une fécondité de 3,1 enfants par femme en 2016. Aussi, l'objectif d'augmentation de la prévalence contraceptive retenu entre 2001 et 2016, correspond à une augmentation annuelle de la prévalence de +1,5 point de pourcentage par an, ce qui suppose la mise en place d'un programme ambitieux d'augmentation de l'utilisation de la contraception.

Aucune évaluation de la DEPOLIPO 2006 n'a été faite, toutefois l'examen des nouveaux documents programmatiques a montré que les ambitions de la déclaration étaient en deçà des ambitions exprimées par la nouvelle vision politique. Par ailleurs la déclaration n'a pas fait objet de budgétisation et ne dispose pas de plan d'action. Il est donc difficile d'estimer le niveau de financement nécessaire à

<sup>34</sup> Cette partie s'appuie sur le travail d'analyse de nombreux documents réalisé début 2010 par Koladé OKOUDJOU.

<sup>35</sup> <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>, voir [World Population Policies 2009 Data Online](#)

<sup>36</sup> Ministère du Plan de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'Emploi (1996) : *Déclaration de Politique de Population de la République du Bénin*, Cotonou

<sup>37</sup> Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances (2006) : *Déclaration de Politique de Population Révisée*, Cotonou.

sa mise en œuvre et le niveau de réalisation actuelle. Toutefois à la différence de la politique précédente, la politique de 2006 dispose d'une matrice de suivi des indicateurs.

Cependant, avec l'adoption d'une nouvelle vision de développement décrite dans les Orientations Stratégiques de Développement (OSD) 2006-2011 et de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (2007-2009) et compte tenu de la disponibilité de nouvelles données (DHS et Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages –EMICoV- de 2006) une nouvelle révision de la DEPOLIPO est apparue nécessaire. Le processus de révision a démarré en 2008 et un document faisant diverses recommandations a été élaboré. Ce document propose que la nouvelle DEPOLIPO envisagée puisse contribuer à l'amélioration du niveau et de la qualité de vie des populations et décline cet objectif général en trois objectifs spécifiques et divers axes stratégiques. Les objectifs spécifiques proposés sont :

- la maîtrise de la dynamique démographique ;
- la couverture des besoins sociaux résultant de la structure et de la dynamique démographique ;
- l'amélioration et la coordination des actions menées dans le domaine de la population.

Les axes stratégiques proposés, concernent la promotion d'une fécondité responsable, les migrations, la santé, l'éducation, la protection des personnes vulnérables, la sécurité alimentaire et l'amélioration des connaissances et la promotion de la prise en compte des questions de population, genre et développement dans les plans, projets et programmes au niveau national, régional et local. Les objectifs quantitatifs proposés concernant la mortalité des enfants, la mortalité maternelle, la fécondité et la prévalence contraceptive sont les mêmes que la DEPOLIPO 2006. Ce document qui n'est toujours qu'un projet a été soumis à la Commission Nationale des Ressources Humaines et de Population qui après examen et amendements décidera s'il convient de le soumettre au Gouvernement.

## **4.2 Les politiques de santé et en santé de la reproduction**

Le cadre de référence en matière de santé au Bénin est constitué par le document « Politique et Stratégies de Développement du Secteur Sanitaire (PSDSS) – 2002-2006 » adopté en novembre 2002. La PSDSS a été le référentiel unique du secteur pour centrer les interventions de tous les acteurs nationaux et des partenaires techniques et financiers (PTF) concourant à l'amélioration des conditions sanitaires des familles. Les axes prioritaires du PSDSS concernent la réorganisation et le financement du secteur, la prévention et la lutte contre les principales maladies et les maladies prioritaires, l'amélioration de la qualité des soins et la promotion de la santé familiale. Des objectifs précis sont fixés pour l'axe prévention et lutte contre les maladies prioritaires (IST/SIDA, paludisme et la tuberculose), mais pas pour les autres axes. Adoptée en 2002, la PSDSS utilise les données démographiques du RGPH de 1992 et il fait référence à la DEPOLIPO de 1996. La promotion de la planification familiale y compris la lutte contre la stérilité et la promotion de la maternité à moindre risque sont identifiées comme des stratégies devant permettre la promotion de la santé de la femme.

Une évaluation à mi-parcours de la PSDSS a été effectuée en 2005<sup>38</sup>. Cette évaluation a souligné que la mise en œuvre des actions destinées à promouvoir la santé familiale était affectée par la faiblesse de stratégies retenues et par l'inadéquation des ressources allouées par rapport aux objectifs fixés. De même, concernant les objectifs de réduction de la mortalité maternelle et infantile, de promotion d'un comportement responsable chez les jeunes et les adolescents et de lutte contre les maladies, les mesures mises en œuvre étaient insuffisantes pour obtenir les résultats escomptés. L'évaluation a ainsi insisté sur l'insuffisance globale des ressources humaines du secteur santé et à l'inadéquation du financement qui lui était accordé par rapport aux objectifs affichés.

Le processus d'élaboration d'une nouvelle politique de santé entamé en 2006, a débouché sur un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)<sup>39</sup> couvrant la période 2009-2018. Ce plan entend concourir à la réalisation de « la vision » d'un Bénin disposant en 2025 d'un système de santé performant, offrant des soins de qualité, équitables et accessibles pour toutes les catégories de la population. Utilisant les résultats du RGPH 2002, le PNDS constate que le fort taux de croissance démographique de 3,25% induirait à un accroissement des besoins de santé et notamment une augmentation permanente des besoins de protection de la mère et de l'enfant. Néanmoins les

<sup>38</sup> Revue à mi-parcours des politiques et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006, SCEN AFRIK, juillet 2005

<sup>39</sup> Ministère de la Santé (2009) : *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018*, Cotonou

objectifs retenus dans ce plan ne s'appuient pas sur des scénarios d'évolution de croissance démographique. Le PNDS 2009-2018 souligne cependant que l'adoption de la DEPOLIPO en 1996 a marqué un début d'accélération de la création de dispositifs institutionnels multiples en faveur de la santé de la reproduction.

Les programmes et sous-programmes retenus concernent la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base, la santé de la reproduction, la lutte contre la maladie et le renforcement des ressources humaines du secteur. La santé de la reproduction est déclinée en deux sous-programmes, la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et la lutte contre la mortalité infanto-juvénile, avec des objectifs généraux et des objectifs spécifiques. Concernant la mortalité maternelle et néonatale, l'objectif général retenu est :

- de réduire la mortalité maternelle de 470 pour 100.000 naissances en 2002 à 125 en 2016,
- et de réduire la mortalité néonatale de 38,2‰ à 10‰ en 2016 ;

Les objectifs spécifiques concernent la satisfaction des besoins en soins obstétricaux et néonatal d'urgence (SONU), l'augmentation du taux de couverture en césariennes, l'augmentation du taux d'utilisation des services de planification familiale (de 7% en 2001 à 15% en 2016), l'augmentation du taux des consultations prénatales, la réduction du pourcentage de femmes enceintes anémiées du fait d'une carence en fer.

Comme d'autres pays de la sous-région, le Bénin a adopté en 2003 une loi relative à la santé sexuelle et à la reproduction (loi N° 2003 du 03 mars 2003). Cette loi reconnaît l'égalité de l'homme et de la femme en droit et en dignité en matière de santé de la reproduction et consacre le principe de l'autodétermination en matière de mariage et de procréation. Par ailleurs, la loi met l'accent sur la responsabilité de l'Etat à veiller à la sauvegarde, à la promotion et à la protection du droit à la santé de la reproduction de tout être humain.

Ceci dit, les grandes lignes de la politique nationale en matière de santé familiale et les normes et standards des services de santé familiale ont été défini beaucoup plus tôt par la Direction de la Santé de la Famille, sous tutelle du Ministère de la Santé dans un document portant « Politique, Normes et Standards » qui a été adopté en 1998<sup>40</sup>. Et ce document contenait déjà plusieurs objectifs tels que : réduire la mortalité maternelle, réduire le taux de mortalité infanto-juvénile, amener 50% des adolescents et des jeunes à adopter un comportement sexuel responsable et obtenir l'adhésion des hommes à la santé de la reproduction.

En 2006, le Bénin a également élaboré à partir de la feuille de route de l'Union Africaine, une Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale pour la période 2006-2015<sup>41</sup>. Cette stratégie affiche des objectifs moins ambitieux que ceux du dernier PNDS en ce qui concerne les mortalités maternelle et néonatale : des taux de 390 pour 100.000 naissances et de 21% d'ici 2015 sont visés respectivement. La prévalence contraceptive est citée comme indicateur d'impact sans fixation d'un objectif quantitatif.

Enfin toujours en 2006, la Direction de la Santé de la Famille du Ministère de la Santé a élaboré une Stratégie Nationale pour la Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction pour la période 2006-2015 (SNSPSR).<sup>42</sup> Cette stratégie est conçue comme un outil d'opérationnalisation de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. La SNSPSR définit une vision du Bénin à l'horizon 2015 qui stipule que plus aucune femme ne mourra en donnant la vie et que tout enfant naîtra vivant, bien portant et ne mourra pas, parce que les produits en santé de la reproduction seront sécurisés dans le pays, leur financement et leur approvisionnement seront pérennisés et leur gestion transparente et efficiente. La SNSPSR se fixe ainsi trois buts essentiels : la sécurisation du financement, un approvisionnement fiable et une gestion transparente. La SNSPSR concerne les contraceptifs, les concentrateurs d'oxygène, les solutés, le sang et les consommables médicaux. L'accent est mis sur les contraceptifs qui doivent servir comme « carburant » devant alimenter le fonctionnement de la stratégie. Le document de stratégie part du constat que l'offre des services en Santé de la Reproduction n'est pas de qualité et que la prévalence contraceptive (méthodes modernes) était en 2001 de 11,8% à Cotonou et 5,8% en milieu rural. Après analyse des capacités en

<sup>40</sup> Ministère de la Santé Publique (1998) : *Santé familiale Bénin : Politique, normes et standards de services*, Cotonou

<sup>41</sup> Ministère de la Santé Publique (2006) : *Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale*, Cotonou

<sup>42</sup> Ministère de la Santé Publique (2006) : *Stratégie Nationale pour la Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction 2006-2015*, Cotonou

approvisionnement et en gestion des produits en santé de la reproduction, le document de stratégie constate que les besoins en produits sont mal estimés et qu'en conséquence ils ne sont pas couverts correctement. Par ailleurs, le document de stratégie fait les constats suivants :

- la sécurisation des produits en santé de la reproduction n'est pas encore une priorité nationale ;
- l'absence de coordination des PTF intervenant dans le secteur ;
- une multiplicité des sources de financement peu ou pas harmonisée et mal coordonnée et une insuffisance de financement de l'Etat;
- une absence d'appropriation du processus d'acquisition des produits en santé de la reproduction.

A partir de ces éléments la SSPSR a retenu quatre axes stratégiques d'intervention qui portent sur la nécessité :

1. d'un engagement politique de l'Etat et la coordination de l'aide extérieure ;
2. d'un financement intégré, sécurisé et progressivement autonome ;
3. d'un approvisionnement des produits SR de qualité, maîtrisé et sécurisé et d'une gestion performante des produits;
4. d'une offre intégrée des services de SR de qualité 7 jours sur 7 pour satisfaire une demande accrue.

L'estimation des besoins en produits contraceptifs est faite à partir d'une projection basée sur les quantités de contraceptifs cédées par certaines structures clés en 2003-2005, mais aucun objectif en termes de prévalence contraceptive n'est fixé.

### **4.3 Les Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté**

Le Bénin a élaboré un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) pour la première fois en 2000 – le DSRP intérimaire – suivi du DSRP 1 2003-2005, puis de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP) 2007-2009. La SCRP 2010-2014 est en cours d'élaboration.

La SCRP 2007-2009<sup>43</sup> rappelle que la population béninoise évolue à un rythme rapide dû essentiellement à une fécondité encore élevée et une mortalité en baisse quoique toujours élevée. Le taux de croissance démographique de 3,25% issu du RGPH 2002 et une projection de taux de croissance de 2,9% pour la période 2007-2009 sont cités à différents endroits du document. La SCRP constate qu'une demande sociale considérable s'exprimera en matière de nutrition, de santé et de scolarisation et que la prise en compte de ces besoins implique des actions tant dans les secteurs économiques que sociaux. Il est noté qu'à long terme les investissements sociaux aideront à atteindre l'objectif du ralentissement de la croissance démographique.

La SCRP cite comme un défi central la réalisation d'une adéquation entre la poussée démographique d'une part, la croissance économique et le déploiement d'une politique appropriée de répartition des revenus, de gestion des solidarités et de l'environnement d'autre part. Pour ce faire, cinq axes stratégiques ont été retenus :

- Axe 1: Accélération de la croissance ;
- Axe 2: Développement des infrastructures ;
- Axe 3: Renforcement du capital humain ;
- Axe 4: Promotion de la bonne gouvernance ;
- Axe 5: Développement équilibré et durable de l'espace national.

L'axe 3 traite spécifiquement des questions de population et les 16 objectifs de la DEPOLIPO de 1996 sont rappelés. L'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de santé, qui comprend la promotion de la santé maternelle et la réduction de la mortalité infantile, est retenue comme domaine d'intervention prioritaire pour cet axe.

---

<sup>43</sup> République du Bénin (2007) : *Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté*, Cotonou

Quelques objectifs clés de la SCRP sont résumés en tableau 6. Il s'agit des objectifs du scénario de base retenu calculé à partir de la croissance sectoriel (secteurs primaire, secondaire et tertiaire). Deux autres scénarios sont évoqués. Le scénario alternatif OMD intègre l'évaluation des coûts sectoriels des OMD et suppose par conséquent un taux moyen d'investissement plus élevé et un taux de croissance du PIB plus élevé. Le scénario alternatif des tendances récentes, par contre, projette un taux de croissance plus bas sur l'hypothèse d'une forte contrainte sur la mobilisation des ressources extérieures. Mais aucun des scénarios envisagés ne prennent en compte la variable démographique de manière explicite. En fait, la SCRP, mise avant tout sur une accélération de la croissance économique pour arriver à un ralentissement de la croissance démographique. Cette accélération de la croissance économique s'appuie sur la vision d'un Bénin qui devient un pays émergent. Le document de la SCRP 2007-2009 indique à ce sujet dans son résumé exécutif que « la SCRP se veut être le cadre d'opérationnalisation des ambitions du Gouvernement » à ce sujet et il rappelle dans son introduction que : « le Gouvernement a pour ambition de transformer le Bénin en un pays émergent à l'horizon 2011. Cette ambition se reflète dans la volonté de créer les conditions nécessaires à une croissance économique accélérée et d'une réduction notable de la pauvreté dans le pays »<sup>44</sup>.

**Bénin :** **Tableau 6 : Objectifs, Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté, 2007-2009**

Indicateurs/Objectifs	Valeur de référence (année ou période)	Objectif (année ou période)
Croissance PIB annuel	3,3% (2003-2005)	7% (2007-2009)
Croissance PIB/tête	0,3% (2003-2005)	2,5% et/ou 3% (2007-2009)
Croissance démographique	3,0%(2003-2005)	2,9% (2007-2009)
Taux de mortalité, des moins de 5 ans	---	--
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	474,4 (2004)	390 (2015) – valeur cible OMD
Insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans	---	--
Taux brut de scolarisation -1 <sup>er</sup> cycle	80,7% (2004)	98,0% (2009)

Source : République du Bénin (2007) : *Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté*, avril 2007, Cotonou

L'évaluation de la SCRP 2007-2009, réalisée en 2009 ne fait pas mention de préoccupations spécifiques concernant les questions démographiques. C'est pourquoi, un expert des questions de population a été mis à la disposition de l'équipe de rédaction de la nouvelle SCRP par l'UNFPA. A priori, la SCRP 2010-2014 devrait maintenir les cinq axes stratégiques de la SCRP 2007-2009 en s'appuyant sur les stratégies sectorielles et sur l'Agenda pour un Bénin Emergent<sup>45</sup>.

<sup>44</sup> République du Bénin (2007) : *Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté*, Cotonou, pages v et 1

<sup>45</sup> République du Bénin : *Stratégie d'opérationnalisation et déclinaison en plans d'investissements sectoriels de la vision Bénin 2025, Agenda vers une économie émergente*, Décembre 2008  
[http://ec.europa.eu/delegations/benin/documents/eu\\_benin/benin\\_2025\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/delegations/benin/documents/eu_benin/benin_2025_fr.pdf)

#### 4.4 Les politiques sectorielles

La prise en compte des aspects démographiques est variable selon les politiques sectorielles considérées. On constate cependant un effort de prise en compte de la variable démographique, comme par exemple dans les plans de l'éducation et de l'approvisionnement en eau. Ainsi, les projections démographiques réalisées en 2008 ont permis de corriger à la hausse les prévisions des effectifs à scolariser.

Concernant l'éducation, le Plan Décennal de Développement du Secteur de l'Education (PDDSE) 2006-2015 a été adopté en décembre 2006. La période couverte par le Plan Décennal a été subdivisée en trois phases : 2006-2008, 2009-2011 et 2012-2015. Le PDDSE a été élaboré à partir d'une analyse sectorielle complète (RESEN) et débouche sur un certain nombre de stratégies destinées à prioriser l'objectif de scolarisation primaire universelle de qualité à l'horizon 2015. Le PDDSE ne fait aucune mention de la DEPOLIPO et s'appuie sur un seul scénario d'évolution future de la population basé sur les projections démographiques nationales de 2004.

Les principaux objectifs à contenu démographique du PDDSE sont à l'horizon 2015:

- Un taux brut de pré scolarisation de 15%, à l'horizon 2015 ;
- Un taux brut d'admission en 1ère année du primaire de 115% en 2015, soit 333 313 nouveaux entrants ;
- Un taux brut de scolarisation de 125% soit un effectif au niveau du secteur public de 1789 575 élèves.

La combinaison des actions relatives à l'accès et à la rétention fera passer les effectifs d'élèves de 1 318 140 en 2005 à quelque 2 033 608 en 2015.

Les projections nationales publiées en mars 2008 par l'INSAE<sup>46</sup>, qui examinent trois scénarios de croissance démographique ont permis de corriger les prévisions d'effectifs à scolariser. Les écarts entre les effectifs de ces jeunes sont observables après l'année 2011 avec une augmentation plus rapide pour la réalisation du scénario faible. Cette révision a permis de voir que les objectifs retenus par le PDDSE amèneront les effectifs des enfants scolarisables en 2015 à 1 770 962 contre 1 558 854 prévu initialement en 2006.

Sur le plan de la sécurité alimentaire, le Bénin est dans le processus d'adoption de son Plan Stratégique de Relance du Secteur Agricole (PSRSA)<sup>47</sup>. Il a pour objectif général, selon la version du Plan de septembre 2009 d'améliorer les performances de l'agriculture béninoise, pour la rendre capable d'assurer de façon durable la souveraineté alimentaire de la population et de contribuer au développement économique et social du Bénin, à l'atteinte des OMD et à la réduction de la pauvreté. Deux résultats sont attendus de cette politique :

- Réduire de 33,3% à 15% la proportion de la population béninoise souffrant de la faim et de malnutrition à l'horizon 2015 ;
- Augmenter de 50% d'ici à 2015 le volume des exportations de produits agricoles.

Le PSRSA fait référence à la poussée démographique, aux effets des changements climatiques, aux catastrophes naturelles et aux fluctuations du prix du pétrole sur la sécurité alimentaire et il souligne que « le secteur agricole doit assurer la couverture des besoins alimentaires et nutritionnels sans cesse croissants des populations (13 millions d'habitants d'ici 2015) », mais ne fait pas référence à la DEPOLIPO de 2006. Cependant pour estimer les besoins nécessaires pour la réalisation de ses objectifs, le PSRSA a utilisé des données tirées des projections démographiques de 2004 de l'INSAE.

La Politique Nationale de l'Eau a été élaborée pour l'horizon 2025 avec une vision nationale de l'eau pour 2025 qui définit l'eau comme une ressource essentielle pour la satisfaction des besoins sociaux et la production de richesses. Cette politique rappelle que les ressources d'eau étant constantes, l'augmentation de la population réduit de manière drastique la quantité d'eau disponible par habitant. Le document de politique fait référence, à ce sujet, à l'augmentation rapide passée de la population et aux différentes projections démographiques, mais il ne fait pas allusion à la DEPOLIPO. De même les deux Stratégies nationales de l'approvisionnement en eau potable en milieu urbain et en milieu rural 2006-2015, ne parlent pas de la DEPOLIPO. La stratégie pour le milieu urbain mentionne l'importance

<sup>46</sup> *Projection démographique et étude prospective de la demande sociale révisées 2002-2030*, mars 2008, INSAE

<sup>47</sup> *Plan d'actions du PSRSA, 2009-2015*, version relue provisoire, septembre 2009, Ministère de l'Agriculture, de l'élevage et de la pêche, Cotonou.

de la population urbaine à desservir, estimée à 3 millions de personnes à l'horizon 2015, mais la stratégie pour le milieu rural ne fait référence à aucune projection démographique.

Enfin, le Bénin a adopté en 2002, une Déclaration de Politique Nationale d'Aménagement du Territoire (DEPONAT) fondée sur trois principales orientations concernant la promotion de la planification territoriale, la promotion de la décentralisation et de la déconcentration et le renforcement du niveau d'équipement à l'échelle locale. Cette déclaration ne fait pas référence à la DEPOLIPO mais indique clairement vouloir contribuer à la réduction de la pression démographique dans le pays. Cette déclaration doit être opérationnalisée à travers l'élaboration d'un Schéma National d'Aménagement du Territoire par la Délégation à l'Aménagement du Territoire. Ce schéma qui devrait s'appeler Agenda Spatial, a pour vocation de traduire spatialement la vision que l'Etat a du territoire national et de son évolution à l'horizon 2025, en déclinant les orientations stratégiques en matière d'aménagement et de développement équilibré du territoire.

#### **4.5 Cohérence, articulation des politiques, plans et programmes**

Les différents plans, programmes qui sont en cours ont été élaborés à différentes périodes, avant et après la publication des résultats du recensement de 2002. A ce sujet, il faut souligner la production régulière de projections démographiques nationales par l'INSAE après chaque recensement et le fait que la plupart des politiques sectorielles font référence à ces projections et souvent utilisent leurs résultats. Ceci dit, il s'agit de projections tendancielle anticipant des baisses plus ou moins rapides de la fécondité et de la mortalité. Ainsi les hypothèses retenues ne constituent pas des objectifs à atteindre au travers de politiques particulières (politiques de population, de santé etc.). Comme l'indique le nom donné aux dernières projections : « Projection démographique et étude prospective de la demande sociale », il s'agit avant tout d'estimer la demande sociale associée aux tendances démographiques, sans chercher à éclairer à travers l'exercice de projection, les choix possibles en la matière, comme cela a été fait avec les projections réalisées dans le cadre de ce travail et présentées à la section 2.

De fait, si la plupart des plans et programmes, mentionnent la forte croissance démographique du pays comme une contrainte et souhaite sa réduction, la variable démographique n'est pas considérée comme une variable relevant du « champ de l'action politique », c'est-à-dire comme une variable sur laquelle il est possible ou légitime d'agir. C'est clairement l'optique retenue dans la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (SCR) 2007-2009, qui mise sur une accélération de la croissance économique pour arriver à un ralentissement de la croissance démographique.

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant qu'il y ait finalement peu d'objectifs démographiques quantitatifs dans les politiques, plans et programmes examinés (tableau 7). Par ailleurs, il est souvent difficile de savoir comment les objectifs retenus et les besoins à couvrir ont été fixés (c'est le cas par exemple dans la Stratégie Nationale pour la Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction 2006-2015). La mortalité maternelle fait l'objet certes, d'une attention particulière, mais paradoxalement c'est l'un des indicateurs les plus difficiles à mesurer. On oublie trop souvent à ce sujet que les taux de mortalité maternelle publiés par les enquêtes DHS, sont calculés à partir des déclarations des femmes enquêtées sur les décès éventuels de leurs sœurs survenus à l'occasion d'une grossesse sur une période de plusieurs années, souvent 10 ans. Ainsi le taux de mortalité maternelle de 398 décès pour 100 000 naissances vivantes donné par l'enquête de 2006 et repris dans nombre de documents, est calculé à partir d'un petit nombre de décès (158 au total) déclarés par les enquêtées pour l'ensemble de la période 1999-2006.

Finalement, si la dimension démographique des problèmes de développement est assez largement reconnue au Bénin, la mobilisation sur ce sujet semble faible. En tout cas, cette reconnaissance ne s'est pas traduite par l'adoption de programmes ou de plans d'actions, visant à accélérer la baisse de la fécondité. L'objectif en la matière reste « la promotion d'une fécondité responsable » retenu dans la politique de population de 1996, ce qui constitue un objectif non coercitif tout à fait légitime, mais qui reste vague en l'absence de plans et programmes de mise en œuvre. Cet objectif est complété dans le plan de développement du secteur sanitaire 2002-2006 par la volonté de promouvoir la santé de la femme, mais en fait, surtout la santé de la mère, puisque la réalisation de cet objectif s'appuie tout à la fois sur la promotion de la planification familiale, la lutte contre la stérilité et la promotion de la maternité à moindre risque.

Cette faible mobilisation sur les questions démographiques et le fait de s'en remettre à « une fécondité responsable » est à rapprocher du statut de la femme dans la société béninoise. Des

questions ont été posées aux femmes à ce sujet lors de l'enquête DHS 2006 pour évaluer leur rôle et leur niveau d'implication dans la prise de décision au sein du ménage. Ces questions concernaient : les soins de santé de la femme, les grosses dépenses, les achats quotidiens pour le ménage, les visites à la famille et aux parents et la préparation quotidienne des repas. Les résultats obtenus indiquent que 34% des femmes en union ont déclaré avoir participé à la prise des cinq décisions citées et, à l'opposé, 15 % des femmes n'ont participé à aucune. Même pour les soins de santé de la femme, c'est toujours le mari qui décide dans près d'un cas sur deux (44%). Les résultats de l'enquête DHS 2006 indiquent aussi que les violences conjugales restent admises par une femme sur deux, puisque 47% d'entre elles ont déclaré trouver normal qu'un mari batte sa femme pour au moins l'une des raisons suivantes : elle brûle la nourriture, elle argumente avec son mari, elle sort sans le lui dire, elle néglige les enfants, elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui et elle parle de se protéger contre le Sida. Par ailleurs, les messages sur la planification familiale (qui devraient aller de pair avec la promotion d'une fécondité responsable) semblent plutôt discrets. En effet toujours selon les résultats de l'enquête DHS de 2006, la moitié des femmes indiquent n'avoir entendu/vu aucun message sur la planification familiale à la radio, à la télévision ou dans les journaux/magazines au cours des 12 derniers mois. Toujours au cours des 12 derniers mois, la grande majorité des femmes non utilisatrices de la planification familiale (90 %) n'ont reçu la visite ni d'un agent de santé, ni discuté de planification familiale dans un centre de santé. Même parmi celles (36%) qui ont visité un centre de santé, moins d'une femme sur quatre a discuté de planification familiale au cours de cette visite<sup>48</sup>.

**Bénin :** **Tableau 7 : Objectifs démographiques selon les politiques, plans et programmes**

<b>Indicateurs/Objectifs/ Politiques, plans, programmes</b>	<b>Mortalité avant 5 ans pour 1000 enfants nés vivants et mortalité néonatale</b>	<b>Mortalité maternelle pour 100.000 naissances</b>	<b>Prévalence contraceptive (méthodes modernes)</b>
Déclaration de Politique de Population – DEPOLIPO 2006-2016	Réduire de 146,4‰ en 2002 à 90,0‰ en 2016	Réduire de 474 en 2002 à 390 en 2016	Accroître le taux de prévalence contraceptive (toutes méthodes) de 17,8% en 2001 à 40% en 2016.
Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018	Réduire la mortalité et la morbidité infanto juvénile, mais pas d'objectif quantifié	Réduire de 470 en 2002 à 125 en 2016	Accroître le taux d'utilisation des services de planification familiale (contraception moderne) de 7% à 15% en 2016
Stratégie Nationale pour la Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction (SNSPSR) 2006-2015.	pas d'objectif quantifié	pas d'objectif quantifié	pas d'objectif quantifié
Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale (2006-2015)	Réduire d'ici 2015 taux de mortalité néonatale à 21%	Réduire de 498 en 1996 à 390 en 2015	pas d'objectif quantifié

Sources : Les diverses politiques et plans mentionnés

<sup>48</sup> <http://www.measuredhs.com/pubs/>, voir Country, [Bénin: DHS, 2006 - Final Report \(French\)](#), pages 285-287 et 76-77.

## 5 Comment gérer la variable population au Bénin ?

### 5.1 Les partenaires en population et santé de la reproduction

Plusieurs partenaires au développement interviennent aux cotés de autorités béninoises dans le domaine de la population et de la santé de la reproduction. Nous en avons dénombré neuf, (mais la liste qui suit n'est pas forcément exhaustive) :

- 4 relèvent du système des Nations unies : UNFPA, UNICEF, OMS, PAM ;
- 1 relève du multilatéral : la Commission Européenne
- 1 relèvent de la coopération bilatérale : il s'agit de l'USAID pour les Etats Unis,
- 3 relèvent d'organisations privées, il s'agit par ordre alphabétique de l'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF), Equilibres & Population et Population Services International (PSI).

Il existe également un « fonds commun » financé par plusieurs partenaires appuyant le développement sanitaire. Les agences du système des Nations unies et la coopération multilatérale et bilatérale apportent essentiellement un appui financier aux structures publiques béninoises (appui financier à des projets et/ou appui budgétaire). Les partenaires privés, qui reçoivent des fonds internationaux, d'origine bilatérale et privés, sont plus souvent directement impliqués dans la fourniture de services ou prestations. Les champs d'intervention de ces partenaires sont variables. Mais ils apportent généralement leur appui ou ont des actions en santé de la reproduction en général. Ces appuis ou actions visent souvent en priorité la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration de la survie des enfants. L'appui à des activités en matière de planification familiale concerne surtout l'USAID, l'ABPF et PSI. La lutte contre les violences faites aux femmes concerne quelque partenaires, de même que les actions de plaidoyer en faveur d'une meilleure prise en compte de la santé de la reproduction par les autorités et les bailleurs.

L'UNFPA, agence spécialisée des Nations unies pour les questions de population, intervient au Bénin depuis 1972. L'UNFPA a d'abord apporté son appui à l'organisation du premier recensement général de la population réalisé en 1979 et au programme national de Santé Maternelle et Infantile et de Planification Familiale (SMI/PF). A partir de 1982, les interventions se sont inscrites dans le cadre d'un programme de coopération exécuté sur une période de cinq ans. A ce jour, six programmes de coopération ont été mis en œuvre et le sixième programme a pris fin en 2008. Le septième programme, en cours, couvre la période 2009-2013<sup>49</sup>.

Le sixième programme entre le Bénin et l'UNFPA (2004-2008) a été financé à hauteur de \$US 15,5 millions. Le but de ce programme était de « contribuer aux efforts du Gouvernement dans la réduction de la pauvreté, à travers l'amélioration des conditions de vie et une meilleure adéquation entre croissance démographique et croissance économique ». Le programme devait contribuer notamment à : (i) l'accroissement du niveau de prise de conscience des problèmes de population et développement ; (ii) l'amélioration du statut juridique et socio-économique de la femme assurant une meilleure participation au processus de développement ; (iii) l'amélioration de l'utilisation des services de santé de la reproduction de qualité. Le programme a couvert six zones sanitaires (sur une trentaine au total) de concentration de l'UNFPA avec une population estimée en 2002 à 1,2 million d'habitants. Ce programme était constitué de trois composantes :

- Population et Développement (PD), pilotée par la DGPD/DPPP ;
- Santé de la Reproduction (SR), pilotée par le Ministère de la Santé ;
- Genre, piloté par le Ministère de la Famille.

Le sous-programme Population et Développement a contribué à la prise en compte des problèmes de population et développement dans la plupart des documents programmatiques à partir de l'utilisation du système d'informations intégré en P&D désagrégé par région et par sexe. Il a

<sup>49</sup> [http://benin.unfpa.org/Benin\\_et\\_unfpa/unfpa\\_au\\_benin.htm](http://benin.unfpa.org/Benin_et_unfpa/unfpa_au_benin.htm) voir aussi Plan d'action du programme de pays Bénin - UNFPA 2004-2008 et Plan d'Action du Septième Programme de Coopération entre le Gouvernement du Bénin et l'UNFPA 2009-2013 Novembre 2008.

également contribué à l'amélioration de la planification du développement local à travers le développement du Système d'Information Communal.

Le sous-programme Santé de la Reproduction, a été mis en œuvre dans six zones sanitaires dont les quatre zones couvertes par le cinquième programme, afin d'en consolider les acquis et de renforcer la coordination et les synergies avec un plus grand nombre de partenaires au développement parmi lesquels l'UNICEF, le PNUD et l'USAID. Ce sous-programme avait pour objectif de rendre disponible et accessible les services de communication pour le changement de comportement dans le domaine de la santé de la reproduction et de l'insertion professionnelle des adolescents et jeunes dans les zones d'intervention du programme. Il visait également à rendre des services intégrés en santé de la reproduction de qualité dans les zones d'intervention du programme. L'évaluation de ce sous-programme a permis de noter les résultats suivants :

- une augmentation relative du taux de fréquentation en consultation dans les zones sanitaires de convergence de l'UNFPA ;
- une augmentation sensible des accouchements assistés ;
- une diminution du ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 habitants) dans les zones sanitaires d'intervention de l'UNFPA.

Le septième programme, 2009-2013, a pour but de : « contribuer aux efforts du Gouvernement du Bénin pour une meilleure adéquation entre croissance économique et croissance démographique, la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la qualité de vie des populations ». La couverture du programme est nationale en ce qui concerne les réformes, les politiques, les stratégies, la collecte des données, la prise en compte du genre. Une attention particulière est accordée aux secteurs suivants : les Armées, la capacitation des femmes, la communication pour un changement de comportement. Les femmes, les femmes enceintes, les nouveau-nés, les adolescentes, les jeunes et les hommes vulnérables constituent des cibles privilégiées de ce programme qui a trois composantes comme le sixième programme. L'effet attendu de la composante Population et Développement est une meilleure prise en compte des questions de population et des droits humains dans les politiques et programmes de développement. Les actions prévues sous la composante Santé et Droits en matière de la Reproduction ont pour objectifs : de faciliter l'accès à des services complets de qualité en santé de la reproduction, de lutter contre les fistules obstétricales et de prévenir la transmission des IST et du VIH-Sida. Enfin la composante Egalité et équité entre les sexes doit permettre de créer l'environnement juridique et socioéconomique favorable à la promotion de l'équité et de l'égalité entre les sexes, et à la réduction des violences basées sur le genre.

Parmi les partenaires privés qui interviennent au Bénin dans le domaine de la population et de la santé de la reproduction, examinons maintenant brièvement les activités d'Equilibres & Population connu pour ses activités de plaidoyer et celles des deux organisations qui interviennent sur le terrain en planification familiale : l'ABPF et PSI.

Equilibres et Populations (E&P) est une ONG française créée en 1994, dont l'objectif est l'amélioration de la santé et des droits sexuels et de la procréation et du rôle des femmes dans le développement. Son action se situe en Afrique sub-saharienne francophone. E&P intervient au Bénin depuis plus de dix ans à travers d'une part la mise en œuvre de programmes de développement sanitaire, d'actions de plaidoyer en direction des décideurs politiques et des bailleurs de fonds pour une plus grande prise en compte des questions relatives à la santé et aux droits sexuels et de la procréation et d'autre part le renforcement des capacités de ses partenaires béninois dans ces domaines. De 2004 à 2008, E&P a coordonné le projet « Kpote Kiosque » qui a donné lieu à la création d'un centre exclusivement réservé aux adolescents dans un quartier défavorisé de la banlieue de Cotonou. L'approche multi dimensionnelle du centre a permis d'en faire un espace d'études, de rencontres et d'échanges des jeunes filles et garçons sur de multiples sujets et plus spécifiquement de diffuser des informations sur la santé sexuelle et de la procréation. Depuis 2010, E&P met en œuvre le projet « Protéger les adolescentes » qui vise à améliorer la prise en compte des besoins des adolescentes marginalisées, frange de la population oubliée des programmes de développement.

L'ABPF est l'une des quelque 180 associations nationales autonomes de planning familial affiliées à l'International Planned Parenthood Federation (IPPF). L'IPPF a pour objectif de promouvoir dans le monde le droit à la santé reproductive et sexuelle : l'éducation sexuelle des jeunes, le renforcement du pouvoir des femmes vers l'égalité, la lutte contre les MST et la maîtrise de la fécondité<sup>50</sup>. L'ABPF,

<sup>50</sup> <http://www.planning-familial.org/themes/theme15-solidariteInter/fiche03.php>

créée en 1973 a été le pionnier de la promotion de la planification familiale au Bénin. Elle s'efforce aujourd'hui de développer des approches innovatrices pour répondre aux besoins importants de la population en santé sexuelle et reproductive. Elle fournit ainsi divers services notamment en direction des jeunes, mais aussi de prisonniers, des travailleuses du sexe, des réfugiées et des personnes déplacées. Ces services comprennent des consultations de planification familiale, des soins/consultations prénatales et post-avortements, le traitement de la stérilité, la détection des cancers de l'appareil génital et des soins/consultations concernant les infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/Sida. Afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, l'ABPF donne des consultations prénatales et des soins obstétricaux dans 16 villages en s'appuyant sur les accoucheuses traditionnelles et des personnels de santé volontaires. L'ABPF gère également un programme de distribution de contraceptifs à base communautaire et elle diffuse des informations en matière de santé sexuelle et reproductive en utilisant de jeunes pairs éducateurs. En 2006, l'ABPF a fourni des prestations à 36 000 clients, dont 70% étaient considérés comme pauvres ou marginaux. L'ABPF gère huit cliniques et un Centre de jeunes. Elle a six antennes dans le pays<sup>51</sup>.

PSI est une organisation qui a des activités dans plus d'une cinquantaine de pays, dont 30 en Afrique subsaharienne (parmi lesquels huit en Afrique de l'Ouest - Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Liberia, Mali, Nigeria et Togo). Son objectif est de « permettre aux femmes et aux couples d'avoir des vies plus saines, en leur donnant accès à de produits et de services novateurs en matière de la planification familiale et de la santé maternelle »<sup>52</sup>. PSI/Bénin a été créé en 1992 avec pour objectif de prévenir la transmission des IST et du VIH-Sida. PSI/Bénin estime que grâce aux stratégies de marketing commercial pour la distribution de condoms et aux stratégies de communication en faveur des changements des comportements reproductifs qu'il a mises en œuvre, 1 500 cas de transmission de VIH/Sida sont évités annuellement ainsi que 25 000 grossesses non désirées. Au titre de ses activités de lutte contre le paludisme PSI/Bénin estime qu'il contribue aussi à prévenir 136 000 épisodes de paludisme par an.

La diversité des partenaires, de leurs statuts, de leurs modes d'intervention et des champs qu'ils couvrent en santé de la reproduction, complique quel que peu l'analyse des actions menées et l'évaluation de leur impact. La diversité des champs couverts est largement l'une des conséquences de la Conférence internationale du Caire de 1994 sur la population où a été adoptée une approche globale de la santé de la reproduction, ne se limitant pas à la planification familiale, mais comprenant de nombreuses autres composantes : santé maternelle et infantile, maladies sexuellement transmissibles, épidémie du SIDA, stérilité, soins post-avortement, cancers liés à la reproduction etc. Dans de nombreux pays où la fécondité et la mortalité restent élevées, une certaine concurrence est ainsi apparue entre ces diverses composantes pour la définition de priorités. Finalement la priorité implicite ou explicite a été souvent donnée à une maternité protégée et aux soins des enfants, ces besoins étant les plus pressants. Mais cela s'est fait le plus souvent aux dépens de la planification familiale comme l'indique l'évaluation faite par les Nations unies sur ce sujet en 2004<sup>53</sup>. Cette évaluation rappelle que l'intégration des services de santé reproductive et de planification familiale dans le système de santé publique demeure la référence, car elle permet de réduire le coût de ces services et d'en accroître la couverture géographique. Mais elle met aussi en évidence plusieurs obstacles à cette intégration : organisation structurelle verticale des soins, manque de moyens financiers et de ressources humaines adaptés et aussi faible capacité d'absorption de l'aide, auxquels il faut ajouter la détérioration de la qualité des soins fournis dans les services publics et la démoralisation des équipes qui n'incitent pas les personnels à donner aux femmes qui se présentent en consultation pré ou post-natale, l'information la plus basique sur la planification familiale<sup>54</sup>. Nombre de ces remarques s'appliquent plus ou moins à la situation au Bénin

Au total, la question de l'intégration des services de planification familiale dans les systèmes de santé publique et donc la question de l'importance de l'appui technique et financier à apporter aux autorités, ainsi que la question de la place à réserver aux prestataires privés ne sont pas simples. Les données de l'enquête DHS 2006 indiquent que près de la moitié des femmes (42%) obtenaient alors les méthodes de contraception modernes qu'elles utilisaient dans le secteur public, essentiellement, dans

<sup>51</sup> <http://www.ippf.org/en/Where/> voir « Member Association: Bénin »

<sup>52</sup> <http://www.psi.org/our-work/healthy-lives/reproductive-health>

<sup>53</sup> United Nations 2004. Review and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. The 2004 Report. Sales No. E.04.XIII.8.

<sup>54</sup> Jaffré, Yannick and Jean-Pierre Olivier de Sardan, eds. (2003). *Une Médecine Inhospitale. Les Difficiles Relations entre Soignants et Soignés Dans Cinq Capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala Edition.

les Centres de santé publics (28%) puis dans les hôpitaux publics (10%). Mais cette proportion varie d'une méthode à l'autre : elle était de 87% pour le DIU, de 75% pour les injectables et de 74% pour les implants, ces trois méthodes représentant la moitié des méthodes modernes utilisées. Le recours au secteur public n'était que de 33%, pour la pilule et de 8% pour les condoms<sup>55</sup>. A noter aussi que 82% des stérilisations féminines étaient pratiquées dans le secteur public.

L'extension de l'utilisation de la contraception moderne passe donc par un examen attentif des capacités de chaque prestataire (public et privé), de la répartition des méthodes utilisées et des choix envisageables en matière d'évolution future de cette répartition. Des études du type de celle réalisée au Niger en 2008 « Le marché de planning familial au Niger. Perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé » sont susceptibles d'éclairer les choix à faire en la matière<sup>56</sup>. L'extension du rôle du secteur privé permettrait par exemple en augmentant l'offre pour la pilule et le condom de décongestionner les centres de santé publics qui répondent à la demande pour ces produits. On pourrait alors envisager d'augmenter l'offre en méthodes de plus long terme (telles que les DIU et les implants) et mettre en place un système efficace de supervision des agents communautaires et femmes relais en charge du réapprovisionnement des utilisateurs et utilisatrices de pilule et de condoms.

## 5.2 Peut-on accélérer la baisse de la fécondité ?

Dans le contexte démographique, socio-économique, politique et culturel qui vient d'être décrit, est-il possible d'envisager une accélération de la baisse de la fécondité, qui permettrait au Bénin d'entrer assez rapidement dans la première fenêtre d'opportunité démographique ?

L'utilisation de la contraception au Bénin reste parmi les plus faibles au monde. Selon les résultats de l'enquête DHS 2006, seulement une femme en union sur six (16,6%) utilisait une méthode quelconque de contraception. En comparaison, au milieu des années 2000 la prévalence de la contraception se situait entre 60% et 85% dans les pays émergents<sup>57</sup>. De fait, ces pays qui, pour la plupart avaient des prévalences de la contraception de l'ordre de 10% à 20% dans les années 1960, ont réalisé leur « révolution contraceptive » en une quarantaine d'années. Ceci correspond à des augmentations moyennes de la prévalence sur longue période d'environ 1,5 point de pourcentage par an<sup>58</sup>. Les méthodes traditionnelles, moins efficaces<sup>59</sup>, y sont aujourd'hui généralement peu utilisées et les besoins non satisfaits concernent de 2-3% des femmes (Chine, Thaïlande, Maurice...) à 10% des femmes (Egypte, Mexique, Maroc...). Il s'agit dans la moitié à deux tiers des cas de besoins en contraception pour ne plus avoir d'enfants. La demande totale en planification familiale dans les pays émergents - utilisation actuelle plus besoins non satisfaits - se situe donc en gros entre 70% et 85% des femmes en union, les autres femmes n'étant pas concernées (car désirant être enceintes, pensant être stériles etc.).

Les résultats des enquêtes DHS menées au Bénin en 1996, 2001 et 2006 indiquent non seulement des niveaux très faibles d'utilisation de la contraception, mais aussi un recours massif à des méthodes traditionnelles d'efficacité moindre (en 2006, elles représentent les deux tiers des méthodes utilisées : 10,8% contre 5,8% pour les méthodes modernes) et une diminution de la prévalence entre 2001 et 2006 (tableau 8, figure 6.1)<sup>60</sup>.

<sup>55</sup> <http://www.measuredhs.com/pubs/> voir Country, Bénin: DHS, 2006 - Final Report (French) page 72.

<sup>56</sup> Le marché de planning familial au Niger. Perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé, par J-P Guengant et N.de Metz, KfW, UNFPA, Ministère de la Santé Publique, avril 2008, Niamey

<sup>57</sup> <http://www.un.org/esa/population/> : 2010 Update for the MDG database: [Contraceptive Prevalence](#) [Unmet Need for Family Planning](#)

<sup>58</sup> GUENGANT J.-P. et RAFALIMANANA H. : « [The Cairo Approach .... Embracing too much ?](#) », UIESSP, Tours, 13-18 juillet , 2005. [http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15\\_Guengant.pdf](http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf)

<sup>59</sup> L'efficacité de méthodes traditionnelles est moindre que celle des méthodes modernes et de ce fait elles sont à l'origine de nombreux échecs (c'est-à-dire de grossesses non désirées (voir l'efficacité des diverses méthodes de contraception à : <http://www.futuresgroup.com/resources/software/> voir sous Spectrum, le module FamPlan

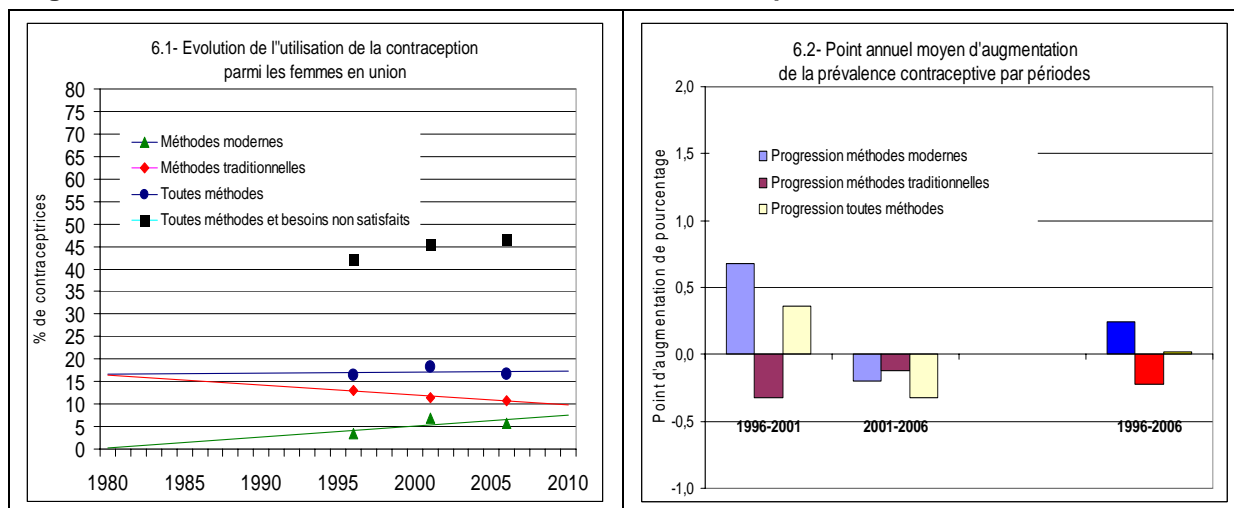
<sup>60</sup> L'allaitement maternel, aussi appelé "MAMA", est aujourd'hui souvent considéré comme une méthode de contraception. Il n'a pas été pris en compte ici afin de permettre de meilleures comparaisons des niveaux d'utilisation de la contraception dans le temps et entre pays. En effet, certaines enquêtes, notamment les plus anciennes, ne le prennent pas en considération. Ensuite les pourcentages de femmes déclarant allaiter et utiliser l'allaitement comme contraception est très variable d'une enquête et d'un pays à l'autre. Pour le Bénin, seule l'enquête de 2006 donne un

**Tableau 8 : Utilisation et progression de l'utilisation de la contraception au Bénin**

Enquêtes DHS	Bénin 1996	Bénin 2001	Bénin 2006
<b>Prévalence de la contraception</b>			
- méthodes modernes	3,4	6,8	5,8
- méthodes traditionnelles	13,0	11,4	10,8
<b>Total sans allaitement sans MAMA</b>	<b>16,4</b>	<b>18,2</b>	<b>16,6</b>
% méthodes traditionnelles	79%	62%	65%
- "MAMA"-en méthodes modernes	--	0,4	0,3
- allaitement-en méthodes traditionnelles			
<b>Progression annuelle moyenne en points de pourcentage</b>			
- méthodes modernes	+0,68	-0,20	+0,24
- méthodes traditionnelles	-0,32	-0,12	-0,22
<b>Total non compris allaitement&amp;MAMA</b>	<b>+0,36</b>	<b>-0,32</b>	<b>+0,02</b>

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

**Figures 6.1. et 6.2. : Evolution de l'utilisation de la contraception**



Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

En fait, sur l'ensemble de la période 1996-2006, l'utilisation des méthodes modernes a augmenté, de 3,4% à 5,8%, mais cette augmentation a été compensée par une diminution équivalente de l'utilisation des méthodes traditionnelles. Ainsi, l'utilisation de la contraception, toutes méthodes confondues se retrouvent en 2006 quasiment au même niveau qu'en 1996. Certes, l'utilisation des méthodes traditionnelles a diminué au profit de l'utilisation de méthodes modernes. Mais l'augmentation annuelle moyenne de l'utilisation de méthodes modernes entre 1996 et 2006 est insignifiante, puisqu'elle s'établit à 0,24 point de pourcentage par an (figure 6.2). A ce rythme, il faudrait 85 ans pour augmenter de 20 points la prévalence de la contraception moderne et l'amener à 25%, soit le tiers des niveaux observés aujourd'hui dans les pays émergents dont le Bénin ambitionne de rejoindre les performances économiques.

Pourtant, les enquêtes révèlent une importante demande non satisfaite en planification familiale et qui augmente : 26% en 1996, 27% en 2001 et 30% en 2006. Ceci dit, la demande totale en planification

chiffre : 0,5 des femmes en union utilisant la MAMA ou Aménorrhée lactationnelle, considérée comme méthode moderne de contraception.

familiale en 2006 restait inférieure à 50% (figure 6.1), ce qui est faible comparée à la demande de 70% et 85% observée dans les pays émergents.

On attribue souvent les bas niveaux d'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne à la faiblesse des niveaux d'instruction et à la pauvreté de la population. Les données disponibles à ce sujet ne confirment que partiellement cette interprétation. Selon les résultats de l'enquête DHS de 2006, l'utilisation de la contraception chez les femmes ayant au moins un niveau d'éducation secondaire était trois fois plus élevée que chez celles qui n'ont pas été scolarisées : 39% contre 12% (tableau 9). De même, selon les résultats de l'enquête DHS de 2001 (les résultats ne sont pas disponibles pour 2006) les femmes appartenant au quintile le plus aisé de la population étaient près de trois fois plus nombreuses à utiliser la contraception que celles appartenant au quintile le plus pauvre : 30% contre 12%.

**Tableau 9 : Utilisation, besoins et demande en contraception par niveau d'éducation et quintile de richesse au Bénin.**

Utilisation, besoins, demande en contraception : DHS 2006 et 2001	Utilisation de la contraception	Besoins non satisfaits	Demande en planification familiale			% demande satisfaite
			Espacement	arrêt	total	
<b>Par niveau d'éducation: 2006</b>						
- femmes non scolarisées	12,4	30,2	24,5	18,0	42,5	29%
- de niveau primaire	25,3	31,5	36,5	20,4	56,9	45%
- secondaire ou plus	39,3	24,4	38,1	25,6	63,7	62%
<b>Par quintile de richesse: 2001</b>						
- femmes les plus pauvres	12,2	22,4	21,8	12,8	34,6	35%
- très pauvres	13,2	27,7	28,1	12,8	40,9	32%
- pauvres	18,9	27,4	31,0	15,3	46,3	41%
- moyennes	20,3	28,5	31,5	17,3	48,8	42%
- aisées	29,7	30,8	36,0	24,5	60,5	49%
<b>Ensemble 2001</b>	<b>18,6</b>	<b>27,2</b>	<b>29,5</b>	<b>16,3</b>	<b>45,8</b>	<b>41%</b>
<b>Ensemble 2006</b>	<b>17,0</b>	<b>29,9</b>	<b>27,8</b>	<b>19,1</b>	<b>46,9</b>	<b>36%</b>

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

En 2006, quel que soit le niveau d'éducation, près d'une femme sur deux (40%) utilisaient la contraception pour ne plus avoir d'enfants. Les besoins non satisfaits étaient aussi dans les mêmes proportions des besoins pour ne plus avoir d'enfants. Les différences entre catégories concernent en fait surtout la demande totale et la couverture des besoins non satisfaits.

C'est ainsi qu'en 2006, 39% des femmes les plus éduquées utilisaient une méthode de contraception (ce qui correspond à des besoins satisfaits), mais près de 25% d'entre elles n'utilisaient aucune méthode alors qu'elles souhaitaient espacer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants (ce qui correspond à des besoins non satisfaits - voir tableau 9). La demande totale en contraception chez les femmes les plus éduquées concernait donc 64% d'entre elles (39% + 25%) et cette demande était satisfaite à 62% (besoins satisfaits de 39% divisés par la demande totale 64%).

Chez les femmes non scolarisées, 12% utilisaient une méthode de contraception et 30% d'entre elles n'utilisaient aucune méthode alors qu'elles souhaitaient espacer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants (besoins non satisfaits). La demande totale en contraception chez les femmes non scolarisées concernait donc 42% d'entre elles (12% + 30%) et cette demande était satisfaite à 29% (besoins satisfaits de 12% divisés par la demande totale 42%).

Au Bénin donc, les femmes les plus éduquées expriment un niveau de demande en planification familiale (62%) qui reste un peu inférieur aux niveaux (70% à 85%) exprimés dans les pays émergents. Chez les femmes non scolarisées la demande en planification familiale est encore faible, puisqu'elle est presque moitié moindre que celle exprimée dans les pays émergents. De plus, les femmes non scolarisées utilisent peu la contraception et leur demande est largement insatisfaite. La faible demande en planification familiale au Bénin peut s'expliquer par le fait que les Béninoises n'ont pas toutes encore conscience de la possibilité qu'elles ont d'espacer ou de limiter leurs naissances.

Chez les femmes non scolarisées on peut faire l'hypothèse d'un double déni de leurs droits reproductifs : un déni de connaissance ou d'information qui s'exprime par une demande très faible et un déni d'accès révélé par la faiblesse de leur utilisation de la contraception. On observait en 2001 des phénomènes similaires entre les femmes les plus aisées et les femmes les plus pauvres. La demande totale s'établit à 61% pour les premières et à 35% pour les secondes et une femme aisée sur trois (30%) utilisait une méthode de contraception, mais seulement une sur huit (12%) chez les femmes les plus pauvres.

La faiblesse de la demande en planification familiale au Bénin, particulièrement chez les femmes et les couples mariés les moins éduqués et les plus pauvres peut donc s'expliquer par l'absence de connaissance de leurs droits en matière de mariage et de procréation pourtant reconnus dans la loi sur Santé de la Reproduction adoptée en 2003. Mais elle peut aussi s'expliquer par une demande effectivement faible du fait des normes sociales : tradition pro-nataliste, valorisation des maternités nombreuses et par ce que certains qualifient de « pesanteurs socio culturelles ».

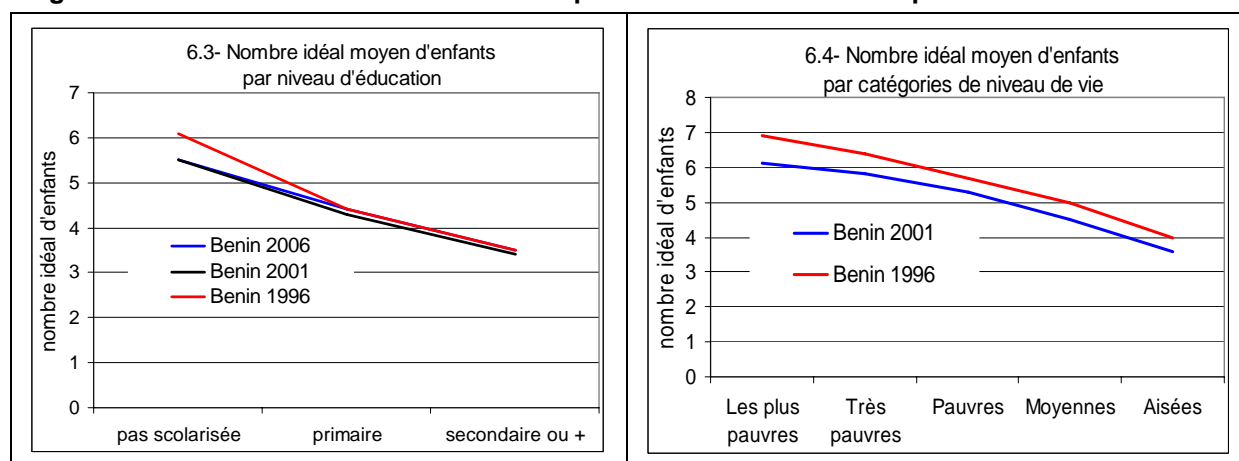
Les nombres moyens idéals d'enfants par niveau d'éducation et par quintiles de richesse restent en effet élevés au Bénin. Selon les résultats de l'enquête DHS de 2006, les mères ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus, ont déclaré vouloir en moyenne 3,5 enfants, celles ayant un niveau d'éducation primaire, 4,4 enfants et celles qui n'ont pas été scolarisées 5,5 enfants (tableau 10, figure 6.3). Ces chiffres sont les mêmes que ceux recueillis en 1996 et 2001, sauf chez les femmes non scolarisées chez qui le nombre idéal moyen d'enfants a un peu diminué. Les nombres moyens idéals d'enfants par quintiles de richesse restaient aussi élevés en 2006 : 4,0 enfants pour les femmes les plus aisées et plus de 6 enfants chez les femmes pauvres et les plus pauvres (figure 6.4).

**Tableau 10 : Nombre idéal moyen d'enfants par niveau d'éducation et quintile de richesse au Bénin.**

<b>Nombre idéal moyen d'enfants</b>	<b>Bénin 1996</b>	<b>Bénin 2001</b>	<b>Bénin 2006</b>
<b>Par niveau d'éducation</b>			
- femmes non scolarisées	6,1	5,5	5,5
- de niveau primaire	4,4	4,3	4,4
- secondaire ou plus	3,5	3,4	3,5
<b>Par quintile de richesse</b>			
- les plus pauvres	--	6,1	6,9
- très pauvres	--	5,8	6,4
- pauvres	--	5,3	5,7
- moyennes	--	4,5	5,0
- aisées	--	3,6	4,0
<b>Ensemble</b>	<b>5,5</b>	<b>4,9</b>	<b>4,9</b>

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

**Figures 6.3. – 6.4. : Nombre idéal d'enfants par niveau d'éducation et quintile de richesse**



Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

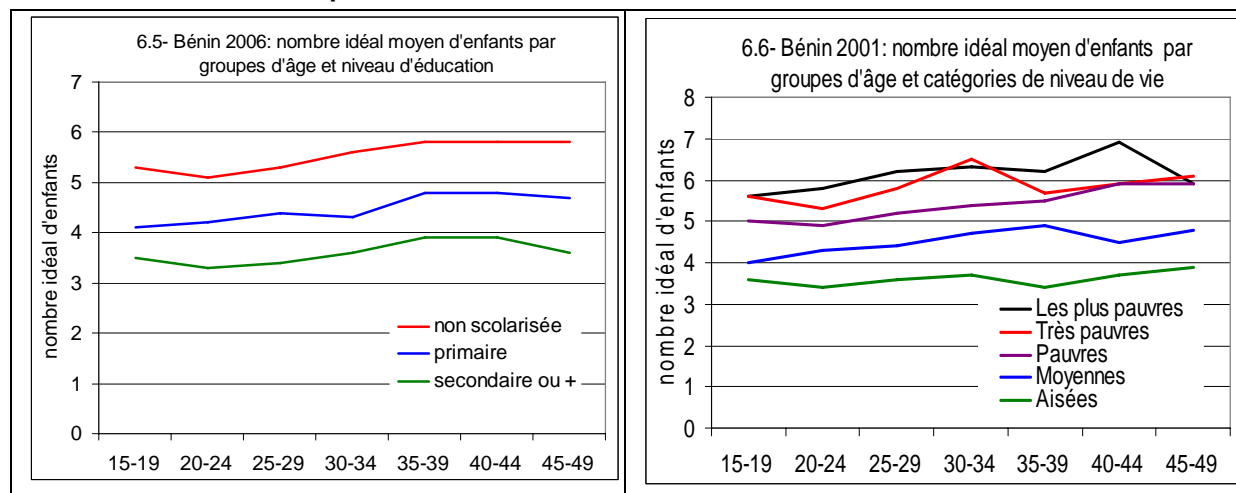
Les résultats par groupes d'âges (et niveau d'éducation en 2006 et par quintile de richesse en 2001) - tableau 11 - mettent en évidence des nombres moyens idéals d'enfants désirés toujours élevés, même chez les jeunes femmes. Au cours des 30 dernières années en effet, le nombre moyen idéal d'enfants désirés est passé de 5,5 enfants chez les femmes aujourd'hui âgées de plus de 40 ans, à 4,5 enfants environ chez les femmes les plus jeunes (âgées de 15-19 ans et 20-24 ans). Des générations les plus anciennes aux générations les plus jeunes, les nombres moyens idéals d'enfants ont finalement peu diminué chez les femmes non scolarisées et chez celles de niveau primaire et il est resté quasiment le même, autour de 3,5 enfants, chez les femmes les plus éduquées (figure 6.5). Chez les femmes les plus jeunes et les plus aisées, le nombre moyen idéal d'enfants restait aussi de l'ordre de 3,5 enfants en 2001, à peine moins que le chiffre donné par les femmes âgées de 40-44 ans et 45-49 ans. Chez les femmes les plus jeunes et pauvres, le nombre moyen idéal d'enfants restait compris entre 5 et 6 enfants contre 6 enfants chez les femmes âgées de 40-44 ans et 45-49 ans (figure 6.6).

**Tableau 11 : Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge niveau d'éducation et quintile de richesse au Bénin.**

Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge : DHS 2006 et 2001	15-19	20-24	25-29	30-39	40-44	45-49
<b>Par niveau d'éducation: 2006</b>						
- femmes non scolarisées	5,3	5,1	5,3	5,7	5,8	5,8
- de niveau primaire	4,1	4,2	4,4	4,6	4,8	4,7
- secondaire ou plus	3,5	3,3	3,4	3,8	3,9	3,6
<b>Par quintile de richesse: 2001</b>						
- les plus pauvres	5,6	5,8	6,2	6,3	6,9	5,9
- très pauvres	5,6	5,3	5,8	6,1	5,9	6,1
- pauvres	5,0	4,9	5,2	5,5	5,9	5,9
- moyennes	4,0	4,3	4,4	4,8	4,5	4,8
- aisées	3,6	3,4	3,6	3,6	3,7	3,9
<b>Ensemble 2001</b>	<b>4,5</b>	<b>4,6</b>	<b>4,9</b>	<b>5,1</b>	<b>5,4</b>	<b>5,3</b>
<b>Ensemble 2006</b>	<b>4,3</b>	<b>4,5</b>	<b>4,9</b>	<b>5,3</b>	<b>5,4</b>	<b>5,5</b>

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

**Figures 6.5. – 6.6. : Nombre idéal d'enfants par groupe d'âge niveau d'éducation et quintile de richesse**



Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Dans les pays émergents où la « révolution contraceptive » est quasiment achevée on observe des écarts similaires mais d'amplitude variable, selon les niveaux d'éducation, le quintile de richesse et l'âge. Cependant, les nombres moyens d'enfants désirés se situent depuis deux ou trois décennies entre 2 et 3 enfants. Dans certains pays les femmes les plus éduquées donnent un nombre moyen d'enfants désirés compris entre 2,5 et 3 enfants (Egypte, Maroc, Tunisie, Indonésie, Philippines) de même qu'en Haïti qui appartient comme le Bénin au groupe des pays les moins avancés, alors que dans d'autres pays elles indiquent ne vouloir que 2 enfants voire moins (Turquie, Inde, Viet Nam, Brésil) et aussi au Bangladesh et au Népal qui appartiennent au groupe des pays les moins avancés.

Au Bénin donc, les écarts entre catégories sont réels, mais ils n'ont pas beaucoup varié ces dernières années. On note seulement une diminution d'un enfant entre le nombre moyen d'enfants désirés par les femmes qui terminent leur vie féconde (âgées de 45 à 49 ans) et celles qui la commencent (âgées de 15 à 19 ans). Mais cette diminution étalée sur 25 à 30 ans apparaît faible, puisque le nombre moyen idéal d'enfants restait en 2006 de 5 enfants pour l'ensemble de la population et que même chez les femmes les plus jeunes et les plus éduquées, comme chez les femmes les plus jeunes et les plus aisées, le nombre moyen idéal d'enfants restait de l'ordre de 3,5 enfants, un niveau qui s'il se maintenait ne permettrait pas de maîtriser la croissance démographique et d'arriver à des taux de dépendance plus faibles, plus favorables à l'épargne, aux investissements et susceptibles d'aider le Bénin à réaliser son ambition de devenir un pays émergent.

Ces résultats indiquent que les progrès de l'éducation, l'amélioration du niveau de vie et « l'effet jeunesse » (les jeunes étant supposés vouloir moins d'enfants que leurs aînés) ne suffiront pas à eux seuls à amorcer une baisse rapide de la fécondité et de la croissance démographique. Le maintien d'un nombre moyen d'enfants désirés à un niveau encore élevé au Bénin, peut être expliqué par la prégnance des comportements natalistes, la lenteur des changements socio-économiques, l'absence d'autonomie des femmes ou encore par le manque de « légitimation » du concept de planification familiale dont les femmes disent ne pas entendre beaucoup parler si on en croit leurs déclarations lors de l'enquête DHS de 2006. Il peut être aussi expliqué aussi par les difficultés d'accès à des services de planification familiale de qualité, le personnel de santé bousculé par les urgences obstétricales n'ayant pas le temps de parler des avantages de la planification familiale, ou ne sachant pas les expliquer ou n'ayant pas été formé à ce sujet.

Pourtant, une accélération de l'utilisation de la contraception et de la baisse de la fécondité paraît possible au Bénin, compte tenu de la demande existante et de l'ampleur des besoins non satisfaits. Mais elle ne se fera pas « toute seule » et elle ne sera pas la simple conséquence mécanique du développement économique qui d'ailleurs reste aujourd'hui en dessous des objectifs de croissance retenus par le gouvernement. En fait, si l'on retient les leçons des expériences des pays émergents, l'accélération de leur croissance économique s'est faite parallèlement et, on la vu à la section 3.4 grâce à l'accélération de leur transition démographique provoquée par des politiques et programmes visant cet objectif. Il apparaît ainsi nécessaire de convaincre le leadership du pays que la

transformation de l'économie béninoise en une économie émergente pourra difficilement se faire sans l'accélération de la transition démographique, c'est-à-dire sans la poursuite des efforts non seulement pour réduire la mortalité mais aussi un engagement résolu pour accélérer la baisse de la fécondité. La stagnation de l'utilisation de la contraception à des niveaux modestes entre 1996 et 2006 indique que la baisse de la fécondité qui est déjà engagée, mais qui reste timide, pourrait connaître une pause et donc ralentir la diminution des taux de dépendance qui est l'une des conditions nécessaires à la poursuite de la croissance. Pourtant, l'idée de planification familiale semble assez largement acceptée au Bénin et même si une majorité de femmes souhaite toujours utiliser la contraception pour espacer leurs naissances, une forte proportion (40%) exprime des besoins en contraception d'arrêt. La satisfaction de ces besoins passe par un réexamen des politiques et programmes concernant la population, la santé et la santé de la reproduction. Ce réexamen doit être l'occasion de donner à la planification familiale la place qui lui revient parmi les diverses composantes de la santé de la reproduction. Par ailleurs, il semble nécessaire de lancer de véritables campagnes de promotion de la planification familiale inscrites dans la durée. Enfin, il apparaît toujours nécessaire de veiller aux respects des droits des femmes, leurs droits économiques, leurs droits sociaux, mais aussi leurs droits reproductifs qui ne sont pas toujours respectés.

### **5.3 Quels sont les coûts associés à l'augmentation de la prévalence ?**

L'estimation des coûts associés aux programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive est un exercice difficile. Tout d'abord, les services de planification familiale dans le secteur public sont souvent intégrés dans des paquets de prestations de santé et il est compliqué d'en isoler le coût spécifique, surtout lorsque les sources de financement sont multiples. Ensuite, les parts respectives du secteur public et du secteur privé et l'importance du marketing social varient d'un pays à l'autre. Enfin, le taux d'urbanisation et les salaires pratiqués dans chaque pays ont aussi un impact sur le coût des programmes.

Il va de soi que les coûts associés aux programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive comprennent en premier lieu les coûts d'achat des contraceptifs. Mais ils comprennent aussi la rémunération des personnels (en fonction du temps qu'ils consacrent à la planification familiale si celle-ci est intégrée dans des services de santé), la sensibilisation des personnels de santé à l'importance de la planification familiale, leur formation (notamment pour la fourniture de méthodes de longue durée), le recrutement de nouveaux personnels en cas d'augmentation de l'utilisation de la contraception et le recrutement et la formation d'agents communautaires. Ils incluent également des coûts liés aux infrastructures : entretien courant, réhabilitation construction de nouveaux centres de santé, mise en place d'équipes mobiles etc. L'augmentation de l'utilisation de la contraception nécessite aussi de stimuler la demande ce qui implique des budgets importants en matière de communication à travers par exemple des campagnes nationales annuelles de promotion de l'utilisation de la planification familiale. Enfin, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, un renforcement voire une réorganisation de la chaîne logistique d'approvisionnement en produits contraceptifs et autres produits en santé de la reproduction apparaît nécessaire et cela a un coût.

Pour toutes ces raisons trois approches, ou méthodes, sont généralement utilisées pour estimer les coûts associés aux programmes de planification familiale. La première approche, la plus simple, consiste à se limiter à estimer les coûts d'achat des produits contraceptifs, coûts auxquels on ajoute un pourcentage variable pour la couverture d'autres dépenses. La seconde approche consiste à évaluer les coûts du programme à partir des chiffres d'« année-couple protection ». Cette approche inclut les coûts d'achat des produits contraceptifs et les coûts associés à leur distribution aux utilisateurs. La troisième approche consiste à prendre l'ensemble des coûts associés à la fourniture de services en planification familiale, ce qui permet en divisant ces coûts par le nombre d'utilisateurs d'évaluer le « coût par utilisateur ». Cette dernière approche inclut les coûts d'achat des produits contraceptifs et l'ensemble des coûts de fonctionnement du programme, mais exclut les dépenses nécessaires à l'extension du programme.

Comme on l'a indiqué en 4.2, la Stratégie Nationale pour la Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction pour la période 2006-2015 (SNSPSR) a estimé les besoins en produits contraceptifs à partir d'une projection basée sur les quantités de contraceptifs cédées par certaines structures, mais ce sans fixer aucun objectif en termes de prévalence contraceptive.

De notre côté, nous avons essayé de chiffrer les coûts d'achat des produits contraceptifs pour les dix prochaines années pour chacune des trois hypothèses d'augmentation de la prévalence présentées en 2.2 : +0,5 point d'augmentation de pourcentage par an (hypothèse démographique haute, tendancielle), +1,0 point d'augmentation par an (hypothèse démographique intermédiaire), +1,5 point d'augmentation (hypothèse démographique basse, volontariste). On notera qu'avec ces hypothèses, la prévalence de 47%<sup>61</sup> correspondant en 2006 à la satisfaction des besoins en planification familiale est atteinte en 2070 avec l'hypothèse +0,5 point d'augmentation par an, en 2040 avec l'hypothèse +1,0 point d'augmentation par an et en 2030 avec l'hypothèse +1,5 point d'augmentation par an. Il apparaît ainsi impossible pour le Bénin d'atteindre d'ici 2015, l'accès universel à la sante procréative tel que retenu dans la cible 5b des OMD.

Les coûts d'achat des produits contraceptifs et leur évolution dépendent de quatre facteurs : 1) le coût de chaque méthode acceptée dans l'année et l'augmentation des prix au cours du temps ; 2) l'évolution du nombre de femmes en âge de procréer (et en union) ; 3) les changements dans la répartition des méthodes utilisées (puisque les coûts varient d'une méthode à l'autre) ; et 4) les hypothèses d'augmentation de la prévalence de la contraception retenues pour les méthodes modernes.

Concernant le coût des méthodes, nous avons estimé pour chaque méthode un prix de référence pour l'année de base 2010 (prix arrivée à Cotonou hors taxes et frais de douane), en effectuant la moyenne des coûts des contraceptifs reçus dans le pays, tels que notifiés (en USD) dans la base de données de la *Reproductive Health Supplies Coalition*.<sup>62</sup> Les données pour les autres facteurs résultent des projections démographiques et des hypothèses qui ont été faites. On arrive ainsi à une estimation en 2010 pour les quelque 86 000 utilisatrices de produits contraceptifs modernes<sup>63</sup> d'un coût total d'acquisition des contraceptifs de 450 000 USD, environ 220 millions FCFA (tableau 12), ce qui correspond à un coût moyen par utilisatrice de 5,2 USD, environ 2 700 FCFA.

Entre 2010 et 2020, le nombre de femmes en âge de procréer augmentera de 37% (+3,2% par an) et le coût des produits de 35% (en supposant une augmentation annuelle des prix de +3% par an pour tous les contraceptifs). La combinaison de ces facteurs avec les hypothèses d'augmentation de la prévalence totale, associées il faut le rappeler, à une diminution rapide du pourcentage de méthodes traditionnelles utilisées (voir en 2.2) , conduit à une estimation du coût des produits en 2020, 4 fois plus élevée avec l'hypothèse tendancielle +0,5 point par an, 5 fois plus élevée avec l'hypothèse +1 point par an et près de 6 fois plus élevée avec l'hypothèse volontariste +1,5 point par an. Les coûts correspondants en 2020 sont respectivement de 1,8, 2,2 et 2,6 millions USD, soit environ 0,9, 1,1 et 1,3 milliards FCFA. La répartition entre méthodes modernes étant supposée rester la même, ces coûts se répartissent en 2010, comme en 2020 en 31% pour l'achat d'injectables et 15% pour l'achat d'implants et 20% pour l'achat de pilules, d'injectables et 29% pour l'achat de condoms.

---

<sup>61</sup> 17% d'utilisatrices, ensemble des méthodes, plus 30% de femmes ayant des besoins non satisfaits en planification familiale

<sup>62</sup> Coûts estimés sur la base du coût moyen (2005-2010/11), <http://rhi.rhsupplies.org/>

<sup>63</sup> Non compris les femmes ayant eu une stérilisation, estimées en 2010 à 4.700 environ et les utilisatrices éventuelles de « méthodes barrières » : diaphragme, mousse, gelée.

**Tableau 12: Coûts estimés des produits contraceptifs selon les hypothèses d'augmentation annuelle de la contraception au Bénin.**

Années / périodes	2010	2015	2020	% d'augmentation annuelle	
				2010-15	2015-20
Femmes de 15 à 49 ans (milliers)	2 031	2 371	2 780	3,1%	3,2%
Prévalence, méthodes modernes					
- hypothèse haute, +0,5 point/an	6,1%	9,6%	13,9%	9,7%	7,6%
- hypothèse +1,0 point/an	6,1%	10,9%	17,0%	12,4%	9,4%
- hypothèse basse, +1,5 point/an	6,1%	12,1%	20,2%	14,8%	10,8%
Utilisatrices, méthodes modernes_(milliers) <sup>1</sup>					
- hypothèse haute +0,5 point/an	86	156	258	12,7%	10,6%
- hypothèse +1,0 point/an	86	176	317	15,4%	12,4%
- hypothèse basse, +1,5 point/an	86	196	375	17,9%	13,8%

<sup>1</sup> Non compris les femmes ayant eu une stérilisation et les utilisatrices de diaphragme, mousse, gelée

Coût méthodes modernes sans stérilisation, en US Dollars	2010	2015	2020	% d'augmentation annuelle	
				2010-15	2015-20
- hypothèse haute, +0,5 point/an	450 060	946 512	1 811 528	16,0%	13,9%
- hypothèse +1,0 point/an	450 060	1 066 626	2 219 528	18,8%	15,8%
- hypothèse basse +1,5 point/an	450 060	1 186 749	2 627 535	21,4%	17,2%

Coût par méthode en US Dollars	2010	2015	2020	Cumul de	
				2011 à 2015	
- hypothèse haute, +0,5 point/an					
* condom	128 483	271 453	520 858	1 041 728	
* injectable	138 165	291 148	557 847	1 118 170	
* DIU	2 477	5 206	9 960	20 008	
* implants	70 047	145 552	276 691	561 326	
* pilule	110 888	233 153	446 174	896 012	
<b>Total hypothèse haute, +0,5 point/an</b>				<b>3 637 244</b>	
- hypothèse intermédiaire, +1,0 point/an					
* condom	128 483	305 898	638 174	1 131 289	
* injectable	138 165	328 096	683 486	1 214 285	
* DIU	2 477	5 866	12 202	21 727	
* implants	70 047	164 025	338 999	609 504	
* pilule	110 888	262 741	546 668	973 011	
<b>Total hypothèse, +1,0 point/an</b>				<b>3 949 817</b>	
- hypothèse basse, +1,5 point/an					
* condom	128 483	340 352	755 490	1 220 860	
* injectable	138 165	365 044	809 125	1 310 394	
* DIU	2 477	6 527	14 446	23 447	
* implants	70 047	182 497	401 319	657 682	
* pilule	110 888	292 329	647 156	1 050 020	
<b>Total hypothèse basse, +1,5 point/an</b>				<b>4 262 403</b>	

Source : Estimations/projections faites dans le cadre de l'étude

L'hypothèse d'un passage rapide à l'utilisation de méthodes modernes de contraception : de 35% du total des méthodes utilisées en 2010 à 63% en 2020, a évidemment pour effet d'augmenter les besoins en méthodes modernes. Mais l'augmentation du nombre de femmes en âge de procréer et les augmentations projetées de la prévalence vont dans le même sens. Ainsi quelle que soit l'hypothèse retenue, les besoins en financement de contraceptifs seront considérables dans les années qui viennent. Pour les cinq prochaines années l'augmentation annuelle moyenne des coûts serait de 16% avec l'hypothèse démographique haute et l'augmentation de la prévalence de +0,5 point par an, 19% avec l'hypothèse démographique intermédiaire et l'augmentation de la prévalence de +1,0 point par an et de 21% avec l'hypothèse démographique basse et l'augmentation de la prévalence de +1,5 point par an. Pour la période 2011-2015 les besoins cumulés en financement s'établissent en gros respectivement à 3,6, 3,9 et 4,3 millions de USD, environ 1,9, 2,0 et 2,2 milliards de FCFA.

Mais comme on l'a indiqué plus haut, ces sommes ne représentent qu'une petite fraction du coût total du programme de planification familiale au Bénin. Ils ne comprennent pas en particulier le coût des activités de communication et de promotion de la planification familiale. Ce sujet est abordé dans une étude conduite en Egypte qui tente d'estimer l'efficacité des programmes de planification familiale par la mesure du coût de la promotion/communication par rapport aux personnes touchées et ayant changé de comportement<sup>64</sup>. Cette étude conclue que le coût de promotion/communication par couple année protection était égal à 50% du coût par couple année protection mesuré uniquement à partir des prix des contraceptifs. Par ailleurs, lors de l'élaboration de son Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) 2005-2009, le Niger a pris en compte divers coûts autres que les coûts nécessaires à l'achat des contraceptifs. Le PNSR Niger 2005-2009 a ainsi estimé que les coûts d'achat des contraceptifs représentaient environ les deux tiers du coût total de sa composante « planification familiale » (composante qui elle-même représentait 15% du coût d'ensemble du PNSR). Cette estimation qui rejoint jusqu'à un certain point la conclusion de l'étude réalisée en Egypte, semble suggérer qu'il faudrait ajouter aux estimations du coût d'achats des contraceptifs environ 50% pour arriver au coût total d'un programme de planification familiale.

Cependant les estimations de coûts des programmes de planification familiale faites pour divers pays d'Afrique subsaharienne en utilisant l'approche « coûts par année-couple protection » et l'approche « coûts par utilisateur » sont beaucoup plus élevées.

L'étude sur la contribution de la planification familiale à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement réalisée en 2006 estime pour 16 pays d'Afrique subsaharienne les coûts associés entre 2005 et 2015 à la satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale dans ces pays d'ici 2020<sup>65</sup>. Malheureusement le Bénin n'est pas inclus dans cette étude. Cette étude utilise l'approche « coûts par année-couple protection » avec un coût moyen de 11,20 USD par « année-couple protection ». Ce chiffre qui correspond au coût moyen trouvé pour 5 pays d'Afrique subsaharienne à la fin des années 1990, est 2,2 fois plus élevé que le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice de 5,2 USD en 2010 indiqué plus haut.

Cette étude donne également des estimations de « coûts par utilisateur » en soulignant que ces coûts diminuent avec l'augmentation de la prévalence de la contraception qui permet de réaliser des économies d'échelle. L'estimation du coût moyen par utilisateur donné pour l'Afrique subsaharienne est de 28 USD en 2005 et de 26,2 USD en 2010 soit 5 fois plus que le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice de 4,2 USD en 2010. Une étude plus récente du même auteur principal donne pour 2010 un coût moyen par utilisateur pour l'Afrique de 27,6 USD, soit un chiffre très proche de l'estimation précédente<sup>66</sup>.

Outre ces estimations de « coûts par année-couple protection » et de « coûts par utilisateur » cette étude donne également une idée des « coûts-bénéfices » qu'on peut attendre de la mise en place de

<sup>64</sup> Cost Effectiveness Analysis of Behaviour, Change Intervention. A Proposed New Approach and an Application to Egypt. Warren C. Robinson, Gary L. Lewis, Population Research Institute, the Pennsylvania State University, USA (Robinson); John Hopkins University Center for Communication Programs USA (Lewis), October 15, 2003.

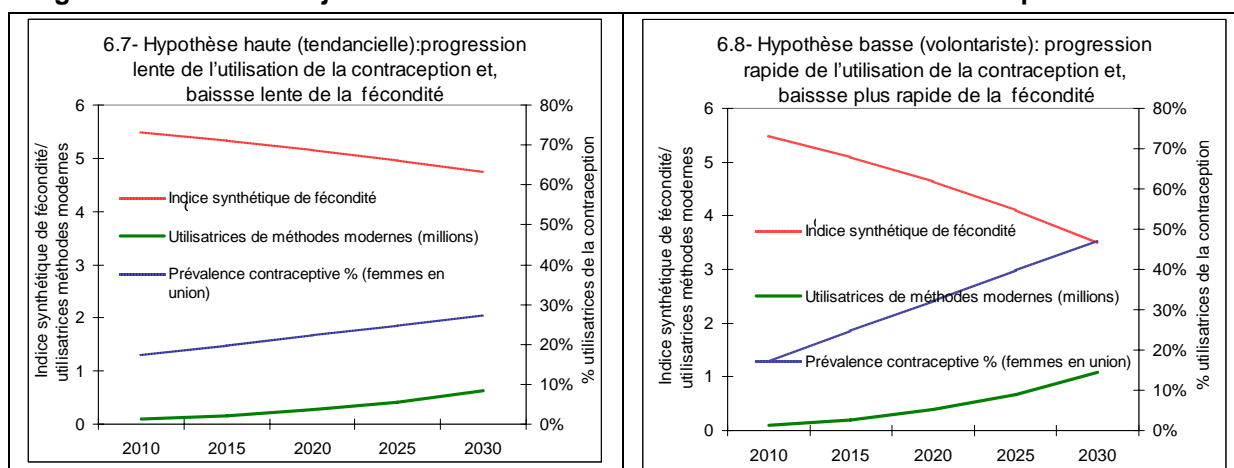
<sup>65</sup> Moreland, S., and S. Talbird. 2006. *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling Unmet Need for Family Planning*. Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.  
<http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/MDGMaster%209%2012%2006%20FINAL.pdf>

<sup>66</sup> Scott Moreland. Ellen Smith. Suneeta Sharma *World Population Prospects and Unmet Need for Family Planning*. April 2010 (revised October 2010). Futures Group.  
<http://www.futuresgroup.com/wp-content/uploads/2010/04/World-Population-Prospects-and-Unmet-Need-for-Family-Planning-10.07.10.pdf>

programmes de planification familiale dans les 16 pays d'Afrique subsaharienne étudiés. Pour la plupart des pays, l'hypothèse retenue d'une satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale en 2020 conduit une augmentation de la prévalence de la contraception de plus ou moins 1,5 point de pourcentage par an soit une augmentation proche de celle que nous avons retenue pour notre hypothèse démographique dite basse. L'hypothèse de satisfaction des besoins non satisfaits est comparée pour chaque pays avec l'hypothèse de non satisfaction de ces besoins (c'est-à-dire de leur maintien à leur niveau de départ), qui donne en 10 ans (entre 2010 et 2015) un certain nombre de personnes en moins qui sont en fait des enfants de moins de 10 ans. L'étude estime ensuite d'une part, les coûts du programme de planification familiale avec une augmentation de la prévalence de la contraception de l'ordre de 1,5 point de pourcentage par an, ceci sur la base d'un coût moyen « année-couple protection », de 11,20 USD et d'autre part, le « moins à dépenser » ou les économies réalisées du fait de la diminution du nombre d'enfants de moins de 10 ans entre 2005 et 2015 (mais qui restent nombreux). Ces « moins à dépenser » sont calculés pour l'éducation, les vaccinations, l'approvisionnement en eau, la santé maternelle et la lutte contre le paludisme. Ces « moins à dépenser » en 10 ans apparaissent en moyenne 3 fois plus importants (en fait entre 2 et 6 fois plus importants) que les dépenses supplémentaires nécessitées par l'augmentation de la prévalence de la contraception. A noter qu'en général plus des trois quarts de ces économies sont réalisées dans l'éducation, la santé maternelle et les vaccinations. Un investissement supplémentaire en planification familiale apparaît donc ainsi comme un investissement avec des retours très importants à court terme (comme a long terme d'ailleurs voir en 2.2) et il facilite en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les enfants.

Au total une augmentation de la prévalence contraceptive de +1,5 point de pourcentage par an suppose, outre la fourniture de contraceptifs en quantité suffisante, des moyens supplémentaires financiers et humains importants susceptibles de représenter environ entre 2 fois et 5 fois les 4,3 millions de USD, ou 2,2 milliards de FCFA nécessaires au Bénin entre 2011 et 2016 pour couvrir simplement les achats de contraceptifs. Mais comme on vient de le voir ces coûts doivent être appréciés en fonction des « moins à dépenser », c'est-à-dire des économies beaucoup plus importantes que les dépenses en planification familiale rendent possibles. Par ailleurs, au-delà de cet aspect « coût-bénéfice », les enjeux associés à l'augmentation de la prévalence contraceptive sont considérables. Comme on l'a vu, avec l'hypothèse démographique haute et l'augmentation de la prévalence de +0,5 point par an, la diminution du nombre moyen d'enfants par femme est modeste : de 5,5 enfants en 2010 à 5,2 enfants en 2020, soit -0,4 enfant, alors qu'avec l'hypothèse démographique basse et l'augmentation de la prévalence de +1,5 point par an, cette diminution est proche d'un enfant (de 5,5 enfants à 4,6 enfants). Mais pour arriver à ce résultat, il faut près de 50% d'utilisatrices de méthodes modernes en plus 2020 (375 000 contre 258 000) et consentir les efforts financiers correspondants (figures 6.7 et 6.8).

**Figures 6.7. – 6.8. : Projections de la fécondité et de l'utilisation de la contraception**



Source : Estimations/projections faites dans le cadre de l'étude

Mais au-delà des coûts, l'augmentation de la prévalence contraceptive nécessite aussi des efforts considérables en matière de communication à travers par exemple des campagnes nationales annuelles en continu de promotion de l'utilisation de la planification familiale. Tout plan en Santé de la Reproduction et de Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction doit, concernant le volet

planification familiale, prévoir aussi soigneusement que possible les activités correspondantes. Par ailleurs, des choix doivent être faits en termes d'évolution de méthodes utilisées, de segmentation du marché et de répartition des charges financières correspondantes. Certaines méthodes comme les implants, les injectables, les DIU requièrent l'intervention d'un personnel qualifié dans des structures fixes ou des structures mobiles équipées. Les prestataires peuvent aussi bien relever du secteur public que du secteur privé et les contraceptifs peuvent être distribués avec ou sans prescription, dépendant des méthodes et de la réglementation en vigueur. Le secteur privé comprend de multiples intervenants - hôpitaux, cliniques, centres de santé, médecins privés, pharmacies, centres de planning familial, boutiques, distribution à base communautaire - dont la contribution à l'effort d'extension de l'utilisation de la contraception moderne pourrait être renforcée.

L'augmentation de la prévalence contraceptive nécessite enfin un engagement résolu de tous les acteurs concernés. Si le Gouvernement et les autorités du pays doivent clairement s'engager à ce sujet, il est clair qu'il sera difficile pour les autorités béninoises de supporter les coûts d'achat des contraceptifs et l'ensemble des autres coûts du programme de planification familiale. La diminution ces dernières années des financements des partenaires en faveur des programmes de planification familiale a compromis l'extension de l'utilisation de la contraception dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, dont le Bénin. Il importe donc aujourd'hui qu'à côté des efforts consentis par les Gouvernements, les bailleurs et autres partenaires s'engagent eux aussi à redonner à la planification familiale la place importante qui lui revient.

## 6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les divers éléments contenus dans ce document ont pour objectif de permettre d'approfondir encore davantage, les réflexions en cours sur les politiques et programmes à mettre en œuvre pour conforter et accélérer la croissance économique et réduire la pauvreté au Bénin.

Parmi les défis auxquels le Bénin sera confronté dans les 20 prochaines années et qui sont mentionnés dans plusieurs documents officiels, nous en avons retenu trois : 1) arriver à une croissance économique forte et durable, 2) créer un nombre suffisant d'emplois rémunérateurs pour les jeunes, 3) garantir un environnement politique et institutionnel favorable à la confiance des acteurs économiques.

Pour relever ces défis, le Bénin peut s'appuyer sur trois leviers : 1) des taux élevés d'épargne et d'investissements, 2) une amélioration majeure du capital humain et 3) la réduction des taux de dépendance, à travers une réduction rapide de la fécondité. Mais aucun de ces leviers qui sont essentiels pour accélérer la croissance économique du pays, n'est suffisant à lui seul. En effet, pour être efficaces, ceux-ci doivent être mis en œuvre simultanément. La réduction du nombre de dépendants, via la réduction de la fécondité, créera les conditions pour entrer dans la fenêtre d'opportunité démographique, puis pour bénéficier éventuellement du dividende démographique, comme l'ont fait d'autres pays en développement devenus depuis pays émergents. Elle facilitera l'amélioration du capital humain et la constitution d'une épargne nationale plus importante. Disposer d'un capital humain bien formé et en bonne santé est en effet essentiel pour attirer les investissements nationaux, sous-régionaux et étrangers qui créeront des emplois ayant une productivité plus élevée qu'actuellement. La création d'emploi à productivité élevée, créera ensuite les conditions d'accélération de la croissance économique et de diversification des activités qui sont nécessaires pour réduire la pauvreté.

Depuis l'indépendance, le Bénin a fait des efforts considérables pour améliorer son capital humain. Ainsi, par exemple l'objectif de scolariser tous les enfants au niveau primaire est quasiment atteint et l'espérance de vie à la naissance a dépassé 60 ans. Mais beaucoup reste encore à faire notamment pour avoir au moins la moitié de la population active avec un niveau d'éducation secondaire ou supérieur, pour réduire la malnutrition qui frappe près d'un enfant sur deux et dont les chances d'apprendre et d'être en bonne santé sont durablement affectées et pour réduire le pourcentage de grossesses à risques dont la prise en charge alourdit la facture sanitaire. Compte tenu de la structure par âge actuelle de la population, il n'est pas possible d'éviter le doublement de la population totale et le triplement de la population urbaine d'ici 2030. Mais une marge de manœuvre importante existe. En effet, une augmentation rapide de l'utilisation de la contraception moderne répondant d'ailleurs aux besoins non satisfaits exprimés par les femmes béninoises et la diminution parallèle de la fécondité permettrait de stabiliser rapidement le nombre annuel de naissances et donc de réduire les sommes à consacrer aux enfants et aux plus jeunes et d'affecter « les économies » ainsi réalisées au rattrapage des retards et à l'amélioration de la qualité des soins et services en santé et en éducation. Aussi, l'augmentation rapide de l'utilisation de la contraception moderne permettrait de réduire le pourcentage toujours très élevé de grossesses à risques et les dépenses correspondantes.

Pour que l'ambition du Bénin de devenir un pays émergent avec une croissance économique d'au moins 7% par an puisse se réaliser, une prise en compte adéquate de la variable démographique s'impose. L'objectif de maîtrise de la croissance démographique figure bien dans la SCRP 2007-2009 et dans la politique de population de 2006. Mais s'en remettre aux progrès économiques et sociaux pour arriver à un terme qui n'est pas précisé à réduire la croissance démographique, risque de retarder, voire de compromettre les ambitions de croissance et de développement actuellement affichées.

La décennie qui commence doit être l'occasion de mettre à jour et d'harmoniser les diverses politiques sectorielles et de réviser leurs objectifs pour les dix prochaines années. Une harmonisation des dates de début et de fin de ces diverses politiques (par exemple 2011-2020) apparaît également nécessaire. La politique de population, la politique de santé, la politique en santé de la reproduction et la sécurisation des produits en santé de la reproduction doivent avoir les mêmes objectifs programmatiques, non coercitifs, basés sur des projections démographiques nationales acceptées par tous. Concernant la politique de population, celle-ci devrait être recentrée sur le champ qui est le sien, à savoir comment influencer la dynamique de la population, c'est-à-dire comment accélérer la baisse de la mortalité et de la fécondité et prendre correctement en compte les migrations internationales

dans l'évolution démographique, sans prétendre compléter voire se substituer aux autres politiques sectorielles, y compris la politique migratoire ou de gestion de la diaspora<sup>67</sup>. Concernant la santé de la reproduction, il importe que chaque composante - maternité sans risque et survie des enfants, planification familiale, santé sexuelle et reproductive des jeunes et lutte contre les IST et le VIH - bénéficie de moyens équilibrés et que la santé de la reproduction soit véritablement considérée de manière globale. Il importe, dans nombre de structures sanitaires de sortir d'une logique qui, de fait, privilégie l'urgence aux détriments de la prévention. Réduire la mortalité maternelle et la mortalité des enfants, passe par la réduction des grossesses à risques et la satisfaction des besoins en planification familiale. Ceci suppose une augmentation majeure, informée et sans contrainte, de l'utilisation de la contraception par les femmes et les couples. Ceci suppose aussi de cesser de considérer la variable démographique comme une variable dépendante du développement économique et hors du champ de l'action politique. Ceci suppose enfin une politique résolue garantissant effectivement les droits de femmes et renforçant leur autonomie.

L'expérience de nombreux autres pays en développement aujourd'hui devenus pays émergents indique en effet que l'accélération de la croissance économique, l'amélioration de la qualité du capital humain et la réduction de la pauvreté, ne pourront se faire, sans une baisse rapide de la fécondité. Cette baisse de la fécondité va de pair avec le passage de sociétés massivement rurales avec des niveaux de mortalité et de fécondité élevés, à des sociétés plus urbanisées avec des niveaux maîtrisés de mortalité et de fécondité. De ce point de vue, le Bénin d'aujourd'hui, qui sera bientôt majoritairement urbain, avec des niveaux d'éducation, de santé et des aspirations élevées, notamment des jeunes et des femmes à plus de bien-être, est très différent du Bénin, majoritairement rural des années 1960. Les changements majeurs qui sont intervenus au Bénin au cours des 50 dernières années appellent une réduction parallèle des niveaux de mortalité et de fécondité dont la baisse est encore très modeste au Bénin. Pourtant, c'est une condition essentielle pour que le Bénin puisse devenir à terme, comme il le souhaite, un pays émergent, grâce en partie à la fenêtre d'opportunité démographique qu'il saura ouvrir en accélérant la baisse de sa fécondité.

---

<sup>67</sup> Ces dernières politiques sont aujourd'hui du ressort du Ministère des Affaires Etrangères, de l'Intégration Africaine, de la Francophonie et des Béninois de l'Extérieur et de l'Agence Nationale des Béninois de l'Extérieur, établissement public administratif créé fin 2000

Agence Française de Développement (AFD)  
5, rue Roland Barthes - 75598 Paris cedex 12  
Tél. : + 33 1 53 44 31 31

[www.afd.fr](http://www.afd.fr)