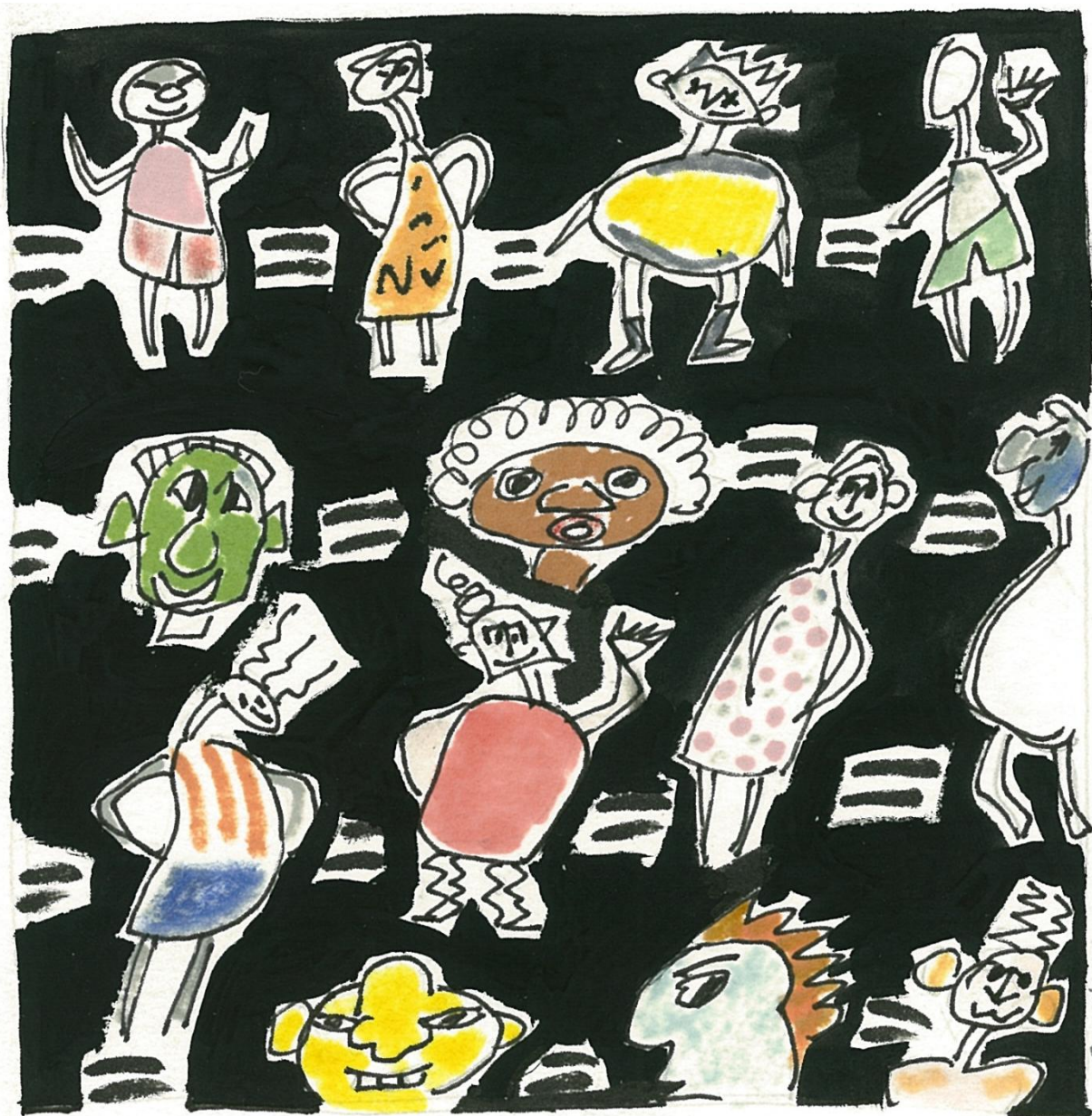


ACTES DU COLLOQUE UCESIF

La mise en œuvre des socles de protection sociale universelle : succès et difficultés

A Niamey, les 19 et 20 septembre 2014



UNION DES CONSEILS ECONOMIQUES ET SOCIAUX ET
INSTITUTIONS SIMILAIRES DES ETATS ET GOUVERNEMENTS
MEMBRES DE LA FRANCOPHONIE

2014

2014 – 1

Lundi 15 décembre 2014

ACTES DU COLLOQUE UCESIF

« LA MISE EN ŒUVRE DES SOCLES DE PROTECTION SOCIALE UNIVERSELLE : SUCCÈS ET DIFFICULTÉS »

Co-organisé par l'UCESIF et le Conseil économique, social et culturel du Niger

I / Les interventions et les échanges au cours du colloque

II / L'étude comparative sur les socles de protection sociale universelle en Afrique subsaharienne

avec l'aide

du Bureau International du Travail ;

du GIP SPSI ;

de l'Organisation Mondiale de la Santé (plateforme P4H) ;

de l'Organisation Internationale de la Francophonie ;

de l'Agence Française de Développement ;

de l'Observatoire sur la Responsabilité Sociétale des Entreprises (ORSE)

et de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA).

Actes publiés grâce au généreux soutien de l'ambassade de France au Niger

et rédigés par Josué Serres, stagiaire

SOMMAIRE

| | |
|---|---|
| Note de cadrage sur la mise en œuvre des socles de protection sociale universelle dans les pays de l'UCESIF | 8 |
|---|---|

I / LES INTERVENTIONS ET LES ÉCHANGES AU COURS DU COLLOQUE

Interventions officielles

| | |
|---|----|
| M. Moussa Moumouni DJERMAKOYE <i>Président du Conseil Economique, Social et Culturel du Niger</i> | 11 |
| M. Fodé NDIAYE <i>Représentant résident de l'Organisation des Nations Unies, Directeur général du Programme des Nations Unies pour le Développement au Niger</i> | 12 |
| M. Abdou DIOUF <i>Secrétaire général de l'Organisation Internationale de la Francophonie, représenté par Mme Caroline NOKERMAN - Responsable de la Coordination des Réseaux institutionnels de l'Organisation Internationale de la Francophonie, Direction de la paix, de la démocratie et des droits de l'Homme</i> | 13 |
| M. Moussa OUMAROU <i>Directeur du Département de Gouvernance et Tripartisme au Bureau International du Travail à Genève</i> | 15 |
| M. Jean-Louis ROTH <i>Chargé d'affaires de l'ambassade de France au Niger</i> | 16 |
| M. Brigi RAFINI <i>Premier ministre du Niger</i> | 18 |

Etat des lieux, coopérations et perspectives

| | |
|--|----|
| M. John ACKON <i>Vice-ministre du genre et de la protection sociale du Ghana</i> | 19 |
| M. Emile JEANNEE <i>Chef de Coopération à la Délégation de l'Union Européenne au Niger</i> | 21 |
| Mme Anne DROUIN <i>Cheffe du service du financement public, des services actuariels et des statistiques au sein du département de la protection sociale du Bureau International du Travail à Genève</i> | 23 |
| M. Alexis BIGEARD <i>Conseiller en Politique de Financement de la santé au sein de l'Équipe d'appui inter-pays en Afrique de l'Ouest de l'Organisation Mondiale de la Santé et représentant du réseau P4H en Afrique de l'Ouest</i> | 26 |

| | |
|---|----|
| <u>Mme Scynthia MELA</u> <i>Représentante de l'Agence Française de Développement au Niger</i> | 28 |
|---|----|

Discours d'introduction aux tables-rondes

| | |
|---|----|
| <u>Mme. Emilienne RAOUL</u> <i>Ministre des Affaires Sociales, de l'Action Humanitaire et de la Solidarité du Congo</i> | 29 |
|---|----|

Table ronde n°1 : la gouvernance de la mise en œuvre des socles

| | |
|--|----|
| <u>M. Moussa OUMAROU</u> <i>Directeur du Département de Gouvernance et Tripartisme au Bureau International du Travail à Genève</i> | 37 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| <u>Dr. Madou HAROUNA</u> <i>Membre de la Commission des Affaires sociales du CESOC du Niger</i> | 38 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| <u>M. Jean Marie SPAETH</u> <i>Président du GIP SPSI, représenté par M. Xavier CHAMBARD, Responsable de la coopération et de la communication du GIP SPSI</i> | 39 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| <u>M. Jilai HAZIM</u> <i>Représentant de la catégorie des personnalités es-qualité du Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc</i> | 43 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| <u>M. Adam Dramane BATCHABI</u> <i>Conseiller technique au sein de l'Institut National de l'Assurance Maladie du Togo</i> | 48 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| <u>M. Constant MIGAN</u> <i>Membre du Conseil Economique et Social du Bénin</i> | 51 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| <u>Mme Sandra RATJEN</u> <i>Conseillère juridique principale au sein du programme des droits économiques sociaux et culturels à la Commission Internationale des Juristes, représentée par Mme Couty FALL</i> | 54 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| <u>DEBATS ET PARTAGE D'EXPERIENCE</u> | 57 |
|--|----|

Table ronde n°2 : Les conditions de la pérennité et de la soutenabilité du financement des socles

| | |
|---|----|
| <u>M. Elhadji Idé DJERMAKOYE</u> <i>Responsable de l'ONG PROTESCO-Niger pour le socle de protection sociale</i> | 61 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| <u>M. Saïbou SEYNOU</u> <i>Secrétaire Permanent de l'Assurance Maladie Universelle du Burkina Faso</i> | 62 |
|--|----|

Mme Anne DROUIN

*Cheffe du service du financement public,
des services actuariels et des statistiques
au sein du département de la protection sociale
du Bureau International du Travail à Genève.....*63

Mme Florence LUMWAMAU

*Membre du Conseil économique et social du Congo*65

Mme Couty FALL

*Institut Africain de Développement Économique et de Planification,
Ancienne Coordinatrice du Programme régional du PNUD pour la cohésion sociale
et l'emploi des jeunes pour l'Afrique du sud du Sahara.....*66

Dr Pascal PERROT

*Directeur de la gestion des risques et de l'action sociale
du régime social des indépendants (France). Expert du GIP SPSI et du BIT*68

DEBATS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE.....70

Table ronde n°3 : La combinaison entre approches contributives et gratuites, et la combinaison entre les secteurs formels et informels

Dr. Hassane Sanda MAIGA

*Conseiller spécial du Premier Ministre du Niger*74

M. Justin SOSSOU

*Secrétaire général adjoint du Ministère
de la Santé du Bénin : le fonds spécial indigents*75

Mme Monique CLESCA

*Représentante Général du Fond des Nations Unis
pour la population au Niger, représentée par
M. Hassane ALI, son assistant*76

M. Olivier COLIN

*Directeur des relations internationales de
la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole de France*77

M. Sadibi BOUKA

*Vice-Président du Conseil Economique et Social du Gabon*78

M. Ariel PINO

*Spécialiste en sécurité sociale du
Bureau International du Travail à Dakar.....*79

DEBATS ET PARTAGE D'EXPERIENCE.....81

Table ronde N°4 : Centralisation et déconcentration ou décentralisation des systèmes de gestion des socles, et place des systèmes mutualistes, participatifs et privés

M. Hassane Garba BARKIRE

*Directeur général de la protection sociale
au ministère de l'emploi, du travail et de la sécurité sociale du Niger*84

| | |
|--|----|
| <u>Mme Stella SOME</u> <i>Directrice générale de la protection sociale du Burkina Faso</i> | 85 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| <u>M. Jean-Philippe HUCHET</u> <i>Directeur du Programme PASS (Programme d'appui au développement des stratégies mutualistes de santé pour l'Afrique de l'Ouest) et Administrateur-délégué aux questions internationales de la Mutualité Française</i> | 86 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| <u>M. François FATOUX</u> <i>Délégué Général de l'ORSE, Observatoire sur la Responsabilité Sociétale des Entreprises</i> | 88 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| <u>Mme Solange HEISE</u> <i>Représentante de la FAO</i> | 90 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| <u>DEBATS ET PARTAGE D'EXPERIENCE</u> | 92 |
|--|----|

Synthèse des travaux

| | |
|---|----|
| <u>M. Michel DOUCIN</u> <i>Secrétaire Général de l'UCESIF</i> | 95 |
|---|----|

Conclusions

| | |
|---|-----|
| <u>M. Youssoufou Ahmadou TIDJANI</u> <i>Secrétaire général du CESOC du Niger, Trésorier de l'UCESIF</i> | 100 |
|---|-----|

| | |
|---|-----|
| <u>M. Abdou DIOUF</u> <i>Secrétaire général de l'Organisation Internationale de la Francophonie, représenté par Mme Caroline NOKERMAN Responsable de la Coordination des Réseaux institutionnels de l'Organisation Internationale de la Francophonie, Direction de la paix, de la démocratie et des droits de l'Homme</i> | 101 |
|---|-----|

| | |
|--|-----|
| <u>M. Raphaël SADIBI BOUKA</u> <i>Vice-président du Conseil Economique et Social du Gabon Vice-Président de l'UCESIF</i> | 102 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| <u>M. Moussa Moumouni DJERMAKOYE</u> <i>Président du Conseil Economique, Social et Culturel du Niger</i> | 102 |
|--|-----|

II / ETUDE COMPARATIVE SUR LES SOCLES DE PROTECTION SOCIALE UNIVERSELLE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

| | |
|----------------------------------|-----|
| <u>INTRODUCTION</u> | 107 |
|----------------------------------|-----|

LES SOCLES DE PROTECTION SOCIALE DANS LES PAYS D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE FRANCOPHONE

| | |
|-------------------------------|-----|
| <u>Le Bénin</u> | 111 |
| <u>Le Burkina Faso</u> | 116 |
| <u>Le Cameroun</u> | 120 |
| <u>Le Congo</u> | 124 |
| <u>La Côte d'Ivoire</u> | 127 |
| <u>Le Gabon</u> | 131 |
| <u>La Guinée</u> | 135 |
| <u>Le Mali</u> | 139 |
| <u>La Mauritanie</u> | 143 |
| <u>Le Niger</u> | 148 |
| <u>Le Sénégal</u> | 153 |
| <u>Le Tchad</u> | 157 |
| <u>Le Togo</u> | 161 |

LES SOCLES DE PROTECTION SOCIALE DANS D'AUTRES PAYS D'AFRIQUE

| | |
|------------------------|-----|
| <u>Le Ghana</u> | 167 |
| <u>Le Rwanda</u> | 171 |
| <u>Le Maroc</u> | 175 |

Annexe : Les cas de deux pays francophones non-africains : la Grèce et la France

| | |
|--|-----|
| <u>La Grèce (extrait d'un avis du CES)</u> | 181 |
| <u>Le système français de santé et de protection sociale : des savoir-faire reconnus au service de la coopération</u> | 187 |

NOTE DE CADRAGE

La mise en œuvre des socles de protection sociale universelle dans les pays de l'UCESIF

Rédigée par M. Driss GUERRAOUI, Secrétaire Général du Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc et Premier Vice-Président de l'UCESIF.

1 - Considérations préliminaires

La question de la protection sociale est une question éminemment politique et stratégique. Elle est au cœur d'une question fondamentale qui dépasse les clivages privé ou public, assurance ou

assistance, pour interpeller tous les acteurs et forces vives d'une Nation sur la nature de la société où ils veulent vivre : une société inclusive, intégratrice et solidaire ou une société dont les régulateurs principaux sont les lois impitoyables et sélectives du marché et dont les ressorts fondamentaux en matière de protection sociale sont la demande solvable de citoyens pris individuellement et l'offre compétitive des risques à couvrir par les assureurs ou gestionnaires des régimes de protection sociale. Par conséquent la protection sociale relève bel et bien d'un choix de société, et de ce fait, elle a un coût pour toute la collectivité. Elle représente aujourd'hui le paramètre le plus pertinent pour donner sa pleine expression à la citoyenneté. Car son existence et son degré d'extension interagissent sur le lien social et le vivre ensemble.

Par ailleurs, elle est même devenue une exigence économique, puisque tout le monde s'accorde à affirmer à l'heure actuelle que sans solidarité il ne saurait y avoir de compétitivité durable et soutenable et sans

cohésion sociale par des mécanismes équitables de redistribution des fruits de la croissance il ne peut y avoir ni stabilité des relations sociales et professionnelles, ni paix sociale au sein de l'entreprise et de la société dans son ensemble.

Elle est, également une exigence politique inscrite dans les constitutions des pays, comme c'est le cas au Maroc avec la nouvelle constitution du 1^{er} juillet 2011, ainsi que dans les traités et conventions internationales, comme c'est le cas avec les socles nationaux de protection sociale universelle, tels que stipulés dans le rapport Bachelet de l'OIT d'octobre 2011.

Cependant, il n'y a pas de modèle idéal-type de protection sociale. Car, même s'il existe un référentiel commun inscrit dans les traités et conventions internationales, chaque pays a son propre modèle, dont les régimes et les composantes sont l'œuvre de son histoire, de ses traditions en matière d'action sociale et de solidarité, et du génie de ses acteurs en matière d'innovations et d'expérimentations sociales.

2 - Quelques réalités de la protection sociale dans le monde

Les réalités de la protection sociale aujourd'hui dans le monde éclairent davantage sur les enjeux et défis futurs de cette protection. En effet, ces réalités, bien différenciées selon les pays et les régions du monde, dénotent de fractures sociales,

territoriales et en termes de genres très criantes ce sur le plan du volume de la protection sociale par les régimes mis en place, ainsi que sur celui de la qualité des services offerts et rendus aux citoyens.

Ainsi, sur le plan de la couverture quantitative, et selon le rapport mondial de 2011 sur la sécurité sociale de l'Organisation Internationale du Travail, force est de constater que seuls 28% de la population mondiale bénéficie d'un régime de protection sociale au sens défini par l'OIT, et seuls 42% de pays parmi 184 étudiés par l'OIT, soit 78, disposent d'un régime d'indemnisation du chômage.

Par ailleurs, la proportion des chômeurs indemnisés en Afrique et au Moyen Orient oscille entre seulement 1 et 2%. Concernant l'assurance contre les accidents de travail et les maladies professionnelles, moins de 40% de la population active mondiale occupée en bénéficient. Selon ce même rapport, en moyenne seul 17,2% du PIB mondial est consacré à la sécurité sociale. Cette moyenne est de 4,1% pour les pays à revenus faibles, 7,0% pour les pays à revenus moyens et 19,4% pour les pays à hauts revenus. Plus précisément, la moyenne des dépenses publiques consacrées à la sécurité sociale par rapport au PIB est évaluée à 5%, en Afrique, 7% en Asie, 10% en Amérique Latine et à 25% en Europe.

Sur le plan qualitatif, la protection sociale dans les pays à revenus faibles et moyens demeure un phénomène fondamentalement urbain et concentré dans les principaux centres industriels des pays. Aussi, une grande majorité des ruraux, qui représentent encore plus de la moitié dans la plupart des pays du Sud et une bonne partie des

populations des espaces périurbains, n'en bénéficient-ils pas.

Par ailleurs, la protection sociale concerne principalement, dans ces pays, les salariés des secteurs privés et publics, pays faut-il le signaler où être salarié est déjà un privilège. Dès lors, les artisans, les agriculteurs, les professions libérales, les indépendants et d'autres catégories de la société comme les étudiants, les femmes abandonnées, les personnes à besoins spécifiques et toutes les catégories évoluant dans les activités dites informelles, ne disposent généralement pas d'un système de protection sociale qui leur soit propre.

Même quand des systèmes de protection sociale existent, ceux-ci sont sélectifs au sens où ils ne couvrent pas tous les risques et ne prennent pas toujours en charge les ayant droits des bénéficiaires. Ces systèmes sont aussi souvent grevés par des déviances multiples, notamment la non- ou la sous-déclaration, les surcoûts indus de gestion, l'insuffisance de l'offre de soins et sa répartition inégalitaire sur le plan spatial, le sous-équipement, le sous-encadrement, les multiples difficultés d'accès et la carence en ressources humaines dédiées.

Ces réalités ont impulsé auprès de la communauté internationale, notamment l'Organisation Internationale du Travail, la conviction de la nécessité de faire de la protection sociale un droit humain fondamental.

3 - Les domaines vitaux universellement admis comme des composantes essentielles du SPSU

1. La protection contre les risques de pauvreté, d'exclusion et de marginalisation (Droit à l'éducation, droit au logement, droit à un emploi décent, droit à un revenu minimum);
2. La protection contre les risques de maladie (droit à la couverture médicale);
3. La protection contre les risques de perte d'emploi (droit à une indemnité de chômage);
4. La protection contre les risques professionnels (droit à des indemnités réparatrices des accidents de travail);
5. La protection contre les risques de vieillesse (droit à un régime de retraite).

I / LES INTERVENTIONS ET LES ÉCHANGES AU COURS DU COLLOQUE

INTERVENTIONS OFFICIELLES



M. Moussa Moumouni DJERMAKOYE

Président du Conseil Economique, Social et Culturel (CESOC) du Niger

C'est avec un réel plaisir que nous accueillons aujourd'hui à Niamey, berceau de la francophonie institutionnelle, les participants à cet important colloque organisé par l'Union des Conseils Economiques et Sociaux et Institutions Similaires des Etats et Gouvernements membres de la Francophonie (UCESIF), en collaboration avec le Conseil Economique, Social et Culturel du Niger (CESOC). Je voudrais, en cet instant solennel, saluer et me féliciter de cette heureuse initiative dont je remercie chaleureusement l'UCESIF. Qu'il me soit également permis au nom du CESOC, de souhaiter la plus cordiale bienvenue à tous nos hôtes. Je puis les assurer que le comité d'organisation ne ménagera aucun effort pour rendre leur séjour parmi nous, des plus mémorables.

Point n'est besoin de s'appesantir sur la pertinence et l'actualité du thème de cette rencontre internationale. Aussi, l'invitation de l'UCESIF à échanger les réflexions sur les voies et moyens permettant d'améliorer la protection sociale dans l'espace francophone, est la preuve de la détermination de ses membres, à prendre une part active dans la vie des nations, et à jouer pleinement un rôle de veille citoyenne sur cette problématique éminemment sociale. En effet, les différents membres de notre union ont toujours été soucieux de l'amélioration du bien-être social, psychologique et matériel des populations qui constitue un sujet de préoccupation majeure.

Environ 75% des personnes vivant à travers le monde ne bénéficient pas de couverture sociale adéquate. Cette situation doit interpeller la conscience humaine et imposer en conséquence la prise de mesures correctives urgentes et concrètes. En cela l'UCESIF entend jouer sa partition. Pour ma part, j'ai la conviction que les recommandations et résolutions qui seront issues de nos travaux contribueront

grandement à corriger la situation actuelle de la protection sociale. J'en suis d'autant plus rassuré par la présence à ces assises, d'un aussi grand nombre de décideurs avertis, de chercheurs rompus et de praticiens expérimentés en la matière.

Les thématiques développées dans les différents panels permettront sans nul doute d'atteindre les objectifs de la feuille de route adoptée par l'UCESIF.

Je voudrais au nom du bureau et de l'ensemble des Conseillers du CESOC du Niger, dire toute notre appréciation sur la qualité du travail abattu par les membres du comité scientifique dont je salue l'engagement et la rigueur des analyses. Quant au comité d'organisation, je lui exprime toute notre reconnaissance pour l'excellent travail accompli en si peu de temps pour rendre possible l'évènement qui nous réunit aujourd'hui. A tous les acteurs des deux comités, j'adresse, au nom du CESOC, nos vives félicitations ainsi que nos sincères remerciements.

Avant de terminer mon propos, je forme le vœu ardent que nos travaux soient marqués du triple sceau de la solidarité, de la fraternité et de l'union prônées par l'idéal francophone cher aux pères fondateurs de la francophonie que furent Leurs Excellences les Présidents Léopold Sédar Senghor, Habib Bourguiba, Diori Hamani et Norodom Sihanouk.



M. Fodé NDIAYE

Représentant résident de l'Organisation des Nations Unies pour le Développement (PNUD) au Niger

Le colloque qui nous réunit aujourd'hui vient approfondir un processus de dialogue fructueux et inclusif entre le Niger et ses partenaires au développement sur l'identification des priorités de développement du pays et de ses populations, et les options retenues conjointement pour y répondre.

En effet, l'adoption en 2011 du document de Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS)¹, le lancement du septième Rapport National sur le Développement Humain (RNDH 2013) axé sur la thématique du développement humain et de la protection sociale et la tenue récente du Forum national sur la protection sociale au Niger constituent autant de gages que cette problématique figure au rang des priorités nationales.

Vous conviendrez donc avec moi que la tenue de ce colloque doit être perçue comme un signal fort de la volonté du Niger de relever le défi du renforcement de la résilience des ménages et des communautés en mettant en œuvre une protection sociale capable de réduire leur vulnérabilité aux chocs et d'améliorer la gestion des risques.

Le défi de la protection sociale

Un système de protection sociale efficace renforce le capital humain, améliore la productivité et l'accès aux revenus et crée des opportunités d'accumuler des actifs de production. Il répond au souci de voir les couches les plus pauvres, les plus vulnérables et les plus marginalisées de la population, être mieux soutenues et autonomisées pour une meilleure insertion au sein de la société.

¹ Disponible à : http://www.africanchildforum.org/clr/policy%20paper%20country/niger/niger_socialprotection_2011_f r.pdf

En somme, la protection sociale constitue un investissement en matière de développement humain.

Le défi auquel font face le gouvernement, les acteurs nationaux et les partenaires au développement est celui de l'opérationnalisation de cette politique afin de garantir une protection sociale effective de la population.

C'est pourquoi la protection sociale occupe une place centrale dans le Plan cadre des Nations Unies d'Assistance au Développement (PNUAD/UNDAF 2014-2018), qui constitue le cadre unifié et stratégique de coopération entre le Système des Nations Unies (SNU) et le gouvernement du Niger.

Les conditions clés pour la mise en œuvre d'un socle de protection sociale

Une vision partagée doit émerger sur les différents programmes devant constituer lesdits socles. Les mécanismes basés sur l'assurance, la protection de l'emploi, les programmes « vivres contre travail » et « argent contre travail », l'assistance alimentaire et les subventions et transferts sociaux constituent autant de possibilités qui s'offrent aux acteurs pour protéger les plus vulnérables : aussi est-il nécessaire d'assurer la rationalisation des politiques et l'articulation des priorités au regard des contraintes budgétaires.

La protection sociale doit être considérée comme *un investissement à long terme* s'inscrivant dans une optique de planification où sont prévues des allocations budgétaires régulières. Sa pérennité dépend en effet de la capacité à mobiliser des ressources nationales : en témoigne le fait que la politique de gratuité de certains soins ou de l'accès à la santé pour certains publics se traduise d'ores et déjà par un lourd déficit du système de sécurité sociale.

Le ciblage des ménages vulnérables doit être affiné afin de toucher les populations qui ont le plus besoin d'une protection sociale. Au Niger, la protection sociale demeure en effet un phénomène fondamentalement urbain, et la majorité des ruraux et des populations des espaces périurbains n'en bénéficient pas.

Le pilotage et la coordination entre administrations concernées, aux niveaux central, régional, décentralisé et intersectoriel, ainsi que la synergie entre partenaires techniques et financiers sont nécessaires pour assurer une mise en œuvre efficiente de la politique de protection sociale.

Les questions de population doivent être prises en compte dans le cadre de la mise en œuvre des socles nationaux de protection sociale. De fait, les besoins excédant largement les capacités budgétaires actuelles de l'Etat, il est nécessaire de créer les conditions nécessaires à l'amorce d'une transition démographique au Niger.

Les orientations définies par l'ONU et le BIT

Les orientations définies conjointement par la Présidente du Groupe de Développement des Nations Unies et le Directeur général du BIT sont de nature à faciliter le processus de mise en œuvre des socles de protection sociale universelle. Elles mettent l'accent notamment sur (i) l'analyse des besoins, les outils de suivi

des progrès et les sources de financement ; (ii) la prise en compte des socles de protection sociale dans la formulation des Plans cadres des Nations Unies d'Assistance au Développement ; (iii) le développement des capacités nationales à produire des statistiques désagrégées sur la protection sociale.

Sur la base de ces acquis, et dans la continuité du Forum de Niamey qui s'est traduit par un engagement conjoint des acteurs du développement à appuyer le Niger dans la mise en œuvre de la PNPS, les Agences du Système des Nations Unies continueront, de façon conjointe, avec les autres partenaires techniques et financiers, à renforcer leur contribution dans un effort collectif visant la mise en œuvre efficace et efficiente du socle de protection sociale dans ce pays.

Dans toute cette dynamique, il faut aussi saluer et souligner le rôle important des Conseils Economiques et Sociaux dans la mobilisation des forces politiques et sociales pour que ces socles de protection sociale deviennent réalité.

Je ne saurais terminer mon propos sans former le vœu que la mise en place de ces socles contribue à faciliter la progression du Niger vers l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement et au-delà, à appuyer les objectifs de l'agenda post-2015



M. Abdou DIOUF

Secrétaire Général de l'Organisation Internationale de la Francophonie, représenté par Mme Caroline NOKERMAN, Responsable de la Coordination des réseaux institutionnels de la Francophonie, Organisation internationale de la Francophonie, Direction de la Paix, de la démocratie et des droits de l'Homme

Permettez-moi tout d'abord de vous faire part, à travers ce message, de l'intérêt que je porte aux travaux de l'Union des Conseils économiques et sociaux et Institutions similaires des Etats et gouvernements membres de la Francophonie (UCESIF) qui vous réunit aujourd'hui. En particulier, je tiens à saluer Monsieur le Premier Ministre du Niger, Brigi Rafini, mais également Monsieur le Président du Conseil économique, social et culturel du Niger,

Moussa Moumouni Djermakoye, pour l'opportunité qu'ils nous offrent de débattre de cette question clé qu'est la mise en œuvre des socles de protection sociale universelle pour tous les citoyens de l'espace francophone.

Comme vous le savez, votre Union fait partie des quinze réseaux institutionnels chers à la Francophonie. En mai dernier à Paris, j'ai eu le plaisir d'ouvrir les Journées des réseaux institutionnels de la Francophonie qui

constituent un moment fort du dialogue que nous entretenons avec vos institutions. Preuve de l'inscription de l'UCESIF dans ce dispositif important, l'édition de 2014 de nos journées de réflexion a été accueillie par le Conseil économique, social et environnemental de France, et introduite par son président, Jean-Paul Delevoye. Nos ateliers thématiques ont également enregistré l'intervention de membres du CESE du Maroc qui assure la Vice-présidence de votre réseau.

L'histoire de la Francophonie institutionnelle est marquée par la mise en place d'espaces de compétences similaires, privilégiant l'échange d'expériences et de savoir-faire, notamment par la concertation, la formation par les pairs et le développement de capacités et d'outils de travail comparatifs et mutualisés. L'organisation de votre colloque traduit concrètement ces impératifs et je m'en félicite.

En 2012, l'UCESIF avait déjà démontré son attachement à produire un outil concret d'aide à la gouvernance. Avec l'appui de l'Organisation Internationale de la Francophonie, vous avez, en effet, adopté une Charte sociale qui constitue un véritable outil de promotion des droits économiques, sociaux et environnementaux et de mesure de leur effectivité.

La Déclaration de Bamako est la source de notre action institutionnelle, elle consacre à la fois l'adhésion sans réserve de la Francophonie à la démocratie, système de valeurs universelles fondées sur la reconnaissance du caractère inaliénable de la dignité et de l'égalité de tous les êtres humains, et la détermination de notre communauté à se doter d'institutions indépendantes et efficaces.

C'est dans le respect de ces principes fondamentaux que la question de la protection sociale universelle se pose. En tant que choix de société, la mise en œuvre de socles de protection sociale donne sa pleine mesure à la citoyenneté.

Si la protection sociale est un instrument qui revêt une importance primordiale pour les pays industrialisés, elle est aussi considérée comme un moyen essentiel de faire reculer la pauvreté dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

Je veux avant tout souligner ici que la protection sociale touche à de multiples dimensions, souvent complémentaires les

unes des autres, comme la défense des droits, le développement humain, la croissance économique, la démocratie mais aussi la paix et la sécurité pour lesquels la Francophonie œuvre sans relâche.

Aujourd'hui, la communauté francophone doit faire face à une situation paradoxale sur le Continent Africain, en particulier dans le Sahel : d'une part la montée des périls du terrorisme et de l'intolérance qui l'accompagne et, d'autre part, une croissance économique soutenue. Je risque l'hypothèse que l'absence de protection sociale, notamment pour les jeunes, n'est pas sans rapport avec ces deux processus antagoniques. En effet, vous le savez, ce qui fait en partie le lit du terrorisme, c'est la pauvreté et l'exclusion, en d'autres termes l'insécurité sociale. Or, ce qui peut endiguer la paupérisation de certaines couches vulnérables, c'est une meilleure répartition des fruits de la croissance, notamment pour garantir la protection des droits économiques, sociaux et culturels, dont la protection sociale. Il nous faut non seulement des institutions fortes, mais aussi une cohésion sociale plus forte qui relèvent de la responsabilité même des Etats.

Je forme donc le vœu que, dès le mois prochain à Addis Abeba, lors du Forum régional Africain sur la protection sociale des enfants, et plus encore dans le cadre de l'agenda post-2015, la Francophonie prenne en compte vos recommandations, dans le cadre d'une approche transversale et intégrée de la Francophonie économique, indissociable de la promotion et de la protection des droits de l'homme.

Les interventions prévues au programme de votre colloque ne manqueront pas de souligner la diversité des situations dans l'espace francophone. Je ne doute pas que vos débats permettront d'enrichir la réflexion de façon significative. En particulier, j'espère qu'ils contribueront à échanger des solutions très concrètes pour les institutions et experts francophone confrontés aux défis de la mise en œuvre de socles de protection sociale universelle. Je souhaite plein succès à vos travaux dont j'attends les conclusions avec un très grand intérêt.



M. Moussa OUMAROU

Directeur du Département de Gouvernance et Tripartisme au Bureau International du Travail à Genève

La sécurité sociale est un droit humain fondamental consacré par de nombreux instruments internationaux, en particulier la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme adoptée en 1948 par l'Assemblée générale des Nations Unies, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) qui reconnaît explicitement le droit de toute personne à la sécurité sociale (à l'article 9 entre autres), la Déclaration de Philadelphie (1944) qui fait partie intégrante de la Constitution de l'Organisation internationale du Travail (OIT), ou encore la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable (2008) adoptée par la Conférence internationale du Travail (CIT)².

A cela il faut ajouter la *Recommandation No.202* de juin 2012 concernant les socles nationaux de protection sociale, adoptée par consensus par la CIT. Le droit à la protection sociale a aussi été consacré par toutes les Constitutions de vos pays respectifs.

La protection sociale, bien qu'indispensable, est encore loin d'être une réalité dans le monde

Les politiques de protection sociale jouent un rôle essentiel dans la lutte et la prévention de la pauvreté, des inégalités sociales et la promotion d'une croissance inclusive, notamment en réduisant la vulnérabilité face aux risques économiques, sociaux, alimentaires et autres. Elles renforcent le capital humain et stimulent la productivité, favorisent la demande intérieure et facilitent les changements structurels des économies nationales. Elles constituent une voie pour promouvoir la productivité des ménages en

² La CIT regroupe les gouvernements, les représentants d'employeurs et de travailleurs de 185 pays membres de l'OIT avec une participation active de la société civile.

augmentant leur capacité d'achat des intrants et en soutenant le développement des enfants, en particulier à travers leur éducation. Elle contribue ainsi à briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté à travers une approche suivant le cycle de la vie (enfance, âge actif, vieillesse).

Cependant, malgré l'existence d'un large arsenal juridique, il est regrettable de constater que la protection sociale est loin d'être une réalité pour la majeure partie de la population mondiale. En effet, selon le *Rapport sur la protection sociale dans le monde 2014/2015*³, publié par le département de la protection sociale du BIT en juin 2014, « seuls 27 % de la population mondiale ont accès à des systèmes complets de sécurité sociale, tandis que 73% ne bénéficient que d'une couverture partielle, ou ne sont pas couverts du tout ». Selon ce même rapport, les statistiques touchant le continent africain sont alarmantes.

En réponse à ces défis, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) a développé une nouvelle norme juridique pour la mise en œuvre du socle de protection sociale. Adoptée le 14 juin 2012 à Genève, la *Recommandation n° 202* sur les socles de protection sociale⁴ a fixé des lignes directrices pour la mise en place des socles nationaux de protection sociale.

Concilier le dialogue social et le leadership pour une mise en œuvre effective de la protection sociale

³ Résumé du rapport disponible à : http://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_245153.pdf

⁴ Disponible à : http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524

La protection sociale n'est pas une affaire exclusive des uns ou des autres. Chacun de nous a un rôle important à jouer, pour un maximum d'impact sur la société d'aujourd'hui et de demain, pour nous, nos enfants et les enfants de nos enfants ! C'est pour cela que nous devons coordonner nos efforts, nos spécialisations et nos activités.

Le dialogue entre les différents acteurs - soit au niveau national, soit au niveau des ministères, des employeurs, des travailleurs et des regroupements de la société civile, soit au niveau international par l'entremise du Système des Nations Unies ou des différents partenaires techniques et financiers - est essentiel pour faire de la protection sociale une réalité pour tous les africains.

Plus largement, le dialogue social et la contribution de la société civile doivent être privilégiés comme mode opératoire pour toute discussion inclusive. Il permettra de trouver des solutions durables basées sur un

consensus national, reflétant les besoins et priorités nationaux. A cet égard, le BIT a développé un outil de « *Dialogue National et Cadrage vers un Socle de Protection Sociale* », adapté aux cas des pays de l'Afrique francophone.

Le dialogue social doit être concilié avec un leadership au plus haut niveau, qui doit permettre d'assurer une définition cohérente du socle national de protection sociale, une meilleure coordination de la mise en place du système et des programmes choisis au niveau national et de mettre en place des mécanismes permettant de rendre des comptes à la population.

Le BIT réitère son engagement envers le Niger pour l'appuyer dans la mise en œuvre de sa PNPS, conformément à la Déclaration conjointe des Systèmes des Nations Unies lors du Forum National sur la Protection Sociale au Niger en Novembre 2013.



M. Jean Louis ROTH

Premier Conseiller de l'Ambassade de France au Niger

Par ma voix, la France salue l'initiative de l'UCESIF d'avoir organisé ce colloque international avec la collaboration du Conseil Économique, Social et Culturel (CESOC) du Niger. Le thème abordé, « *La mise en œuvre des socles de protection universelle dans les pays francophones* », doit permettre de faire le bilan des engagements internationaux en la matière. C'est l'occasion de cerner les principales difficultés qui font obstacle à leur réalisation, en particulier dans les pays pauvres, et de présenter les solutions que certains gouvernements ont choisies pour les surmonter, afin de mutualiser les efforts et de profiter des expériences réussies.

Le rôle de la Diplomatie française dans la promotion de la protection sociale

Ce sujet d'importance primordiale a fait l'objet, comme vous le savez, d'un investissement soutenu de la Diplomatie

française au cours des dernières années, en particulier à l'occasion du rapport Bachelet⁵ et lors de l'adoption de la Recommandation de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur les socles de protection sociale en juin 2012.

Ce colloque offre donc l'opportunité de souligner l'engagement de mon pays, conforme à ses valeurs, ainsi que l'existence d'une expertise particulière en France que l'on trouve notamment au Ministère des Affaires étrangères et du Développement international, à l'Agence Française de Développement et dans le Groupement d'Intérêt Public français « SPSI » (Santé - Protection Sociale - International). L'ensemble de ces partenaires ont, d'ailleurs, apporté leur appui à cette manifestation.

⁵ Disponible à : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_176520.pdf

Notre Coopération est très fortement impliquée dans l'appui aux secteurs sociaux qui constituent l'une de nos priorités. Cela passe notamment par le soutien au dispositif national de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, avec une dotation récente de la part de l'AFD d'environ 4 milliards de FCFA par le biais de l'« Initiative Santé - Solidarité - Sahel » ou par notre appui bi et multilatéral à la santé maternelle et infantile par les fonds MUSKOKA. Elle l'est également dans l'éducation par un appui récent de l'AFD en complément du Partenariat mondial pour l'Education pour un montant d'environ 8 Milliards de FCA. Elle l'est, enfin, par notre appui régulier, pour un montant annuel moyen de 3 Milliards de FCA, au dispositif de prévention des crises alimentaires et au soutien des plus vulnérables par le biais du PAM ou de l'UNICEF.

Les défis de la protection sociale au Niger

Droit humain fondamental, la question de la protection sociale ne cesse de nous interpeler, mais elle prend une acuité particulière au Niger qui possède une croissance démographique importante et une population essentiellement rurale.... et je pense qu'il faut commencer par se poser la question de nos attentes respectives d'un tel colloque en termes d'opérationnalité et d'appropriation.

La question est d'importance notamment parce que, comme chacun le sait, le Niger est resté dernier du classement des Nations Unies selon l'indice de développement humain. La question est d'autant plus compliquée que les priorités sont nombreuses et que le gouvernement doit faire face à de multiples fronts.

La question de la protection sociale renvoie inévitablement à certains fondamentaux qui sont pour nous essentiels, comme l'accès à l'école, aux soins et bien sûr à une alimentation équilibrée et suffisante, et ce n'est pas chose facile dans ce pays où la croissance démographique est très élevée (la plus élevée au monde), ce qui hypothèque une bonne part des efforts entrepris par le gouvernement et les partenaires financiers.

Dans ce pays, comme on le constate malheureusement, les réponses ponctuelles

pour faire face à l'urgence des crises alimentaires, sanitaires et humanitaires se multiplient et ne suffisent pas à engager véritablement une réduction de la pauvreté. Il est indispensable de relancer un développement économique à la hauteur des contraintes démographiques qui permettra peut-être de construire, au bénéfice de toutes les catégories de populations, des mécanismes effectifs de protection sociale.

Mais de quelle protection parle-t-on, pour quels risques, maladie ? Retraite ? Maternité ? Quelle définition donne-t-on à la protection sociale au Niger et comment y répond-on concrètement ?

Je tiens à rappeler ici qu'il ne peut y avoir de socle de protection sociale sans durabilité et pérennité financière et qu'il n'y aura pas de durabilité sans ressources domestiques et l'expérience au Niger de la gratuité des soins nous ramène rapidement à la réalité. La feuille de route pour ce socle existe déjà ! Elle a été le fruit du dernier forum de novembre 2013, mais il convient surtout désormais de la mettre en œuvre et de rationaliser les politiques et les stratégies existantes au Niger, d'améliorer substantiellement la coordination intersectorielle et interministérielle, et de définir habilement les priorités et les investissements publics qui doivent aller avec.

On le sait maintenant : le diagnostic et les recommandations sont choses aisées au Niger, mais la mise en œuvre et le suivi bien plus difficiles ! Il convient désormais de s'attarder davantage sur ces points et de réussir à définir une vision partagée de ce socle de protection sociale, pour qu'actions et financements soient concentrés sur les priorités définies.

Les deux sujets qui seront débattus au cours de ce colloque, « Les socles nationaux de protection sociale » et « La couverture sanitaire universelle », s'imposent naturellement comme des enjeux majeurs de l'Agenda pour le Développement pour l'après 2015 à la préparation duquel la France apporte sa contribution active.

Nous sommes auprès de vous pour contribuer à la bonne définition et à la bonne mise en œuvre de ce socle.



M. Brigi RAFINI
Premier ministre du Niger

Je voudrais tout d'abord, au nom du président de la République, son Excellence Mahamadou Issoufou, du gouvernement et du peuple nigérien, saluer la présence de toutes ces personnalités de l'espace francophone, auxquelles je souhaite un excellent séjour à Niamey. Je voudrais aussi vous dire combien nous sommes fiers et honorés du choix porté sur le Niger, lieu de naissance de l'institution francophone, pour accueillir cet important colloque international.

La protection sociale est un ensemble de politiques, d'investissements publics et d'initiatives, aussi bien formels qu'informels, susceptibles de remédier aux risques, à la vulnérabilité et à la pauvreté chronique. Aussi faut-il le souligner : elle constitue pour nous, au Niger, une question majeure d'actualité, en raison de la vulnérabilité, liée à la pauvreté et à d'autres risques physiques et sociaux, auxquels fait face une frange importante de la population.

Cette vulnérabilité couvre plusieurs aspects, dont entre autres, l'insécurité alimentaire, le faible niveau d'accès aux services sociaux de base et aux infrastructures sociales de base, la situation d'urgence que connaît souvent le pays, les catastrophes naturelles, les sécheresses et les inondations.

Ce constat préoccupant a conduit le gouvernement du Niger à élaborer en mars 2011 un document de Politique Nationale de Protection Sociale, adopté par le Conseil des Ministres en septembre de la même année. A travers ce document, le Niger s'est fixé comme vision d'être une Nation qui veille à la satisfaction des besoins et services essentiels ainsi qu'au plein épanouissement de toutes les couches socio-professionnelles.

L'intervention du gouvernement se déploie autour de cinq axes stratégiques et domaines prioritaires : la sécurité alimentaire et nutritionnelle, la sécurité sociale, le travail et l'emploi, la facilitation de l'accès aux services et infrastructures sociales de base, la mise en œuvre d'actions spécifiques en faveur des groupes vulnérables et l'amélioration du cadre législatif et réglementaire. La politique

nationale de protection sociale du Niger cadre parfaitement avec l'Union africaine et répond à la nécessité d'utiliser les mécanismes de développement social pour sauvegarder les populations cibles des divers chocs et autres risques sociaux et physiques.

Cette politique de protection sociale du Niger repose sur quelques principes fondamentaux, au nombre desquels je citerai : le respect des droits humains universels et des principes d'équité qui fondent le socle d'un véritable pacte social entre l'Etat et le citoyen, la reconnaissance des valeurs nationales et des pratiques locales de solidarité et d'entraide et la prise en compte des spécificités socio-culturelles régionales. A travers cette démarche, le gouvernement veille à créer les conditions équitables et permanentes de protection, de prévention, de promotion et de transformation sociale nécessaires en vue de faire face aux risques climatiques, environnementaux, sociaux, politiques et économiques.

Cette approche permet de mettre les populations, nous en sommes convaincus, à l'abri de toute forme de vulnérabilité pouvant entraver leur capacité de production. La réalisation d'une telle ambition requiert des moyens financiers considérables et la contribution de tous les acteurs intervenants dans ce domaine. C'est pourquoi le gouvernement du Niger s'est engagé à prendre des mesures de nature à contribuer de manière significative à la protection et à la promotion sociale. Il s'agit notamment de la création du fonds spécial de protection sociale et d'un comité de protection sociale, véritable creuset de consultation des acteurs de la protection sociale, d'une commission nationale chargée de la promotion des personnes handicapées, d'un fonds national de soutien aux personnes handicapées, du recrutement dans la fonction publique de personnes handicapées et de l'organisation en 2013 du forum national sur la protection sociale.

Le présent colloque international se veut avant tout une occasion d'échanges et d'enrichissements mutuels sur les différentes expériences de mise en œuvre de politiques

de protection sociale dans les pays membres de la Francophonie. Cette démarche participe des idéaux de cette organisation fondée sur le partage et la solidarité. En effet, la mise en commun des expériences permettra sans doute d'identifier les facteurs de réussite et les difficultés rencontrées afin d'améliorer les

chances d'implémentation de la protection sociale dans chacun de nos pays.

Sur ce je souhaite plein succès à vos travaux, et je déclare ouvert le colloque international sur la mise en œuvre des socles de protection sociale dans les pays francophones : succès et difficultés.

ÉTAT DES LIEUX, COOPÉRATIONS ET PERSPECTIVES

Modératrice : **Mme. Najat SIMOU**, membre du Conseil Economique et Social du Maroc



M. John ACKON

Vice-ministre du Genre, des Enfants et de la Protection Sociale du Ghana

Aujourd'hui, j'expliquerai la vision que nous avons de la protection sociale au Ghana, notamment en vous présentant un important programme que nous avons récemment mis en œuvre : le LEAP (*Livelihood Empowerment Against Poverty*).

La population au Ghana est d'environ 25 millions d'habitants. 51% sont des femmes, 38% des enfants, 20% des jeunes et 3% des handicapés. Les personnes âgées, qui représentent un nouveau phénomène au Ghana auquel nous devons également apporter des réponses, représentent quant à eux 6.7% de la population.

Si l'on ne considère que les enfants et les jeunes, on obtient déjà près de 60% de la population : d'où l'importance fondamentale de leur apporter une protection sociale contre les risques de la vie.

Définition de la protection sociale au Ghana et inventaire des programmes mis en œuvre

Il existe des milliers de définitions du terme « pauvreté » et d'innombrables modèles de protection sociale. Cependant, dans le cadre de notre programme LEAP, nous avons choisi une définition simple : la protection sociale est « *un ensemble de transferts et de services qui aident les individus et les ménages à se confronter aux risques et à l'adversité (incluant les urgences) et leur assure un minimum de dignité et de bien-être pendant le cycle de la vie* ». Nous pensons également que certaines catégories de la population doivent être particulièrement protégées : ce sont les enfants et les femmes. La pauvreté des enfants et la marginalisation des femmes, deux phénomènes fréquents dans nos pays africains, sont en effet des facteurs majeurs de pauvreté.

Le gouvernement du Ghana a mis en place de nombreux programmes de protection sociale. Le LEAP permet aujourd'hui d'opérer mensuellement des transferts monétaires à

destination des ménages fragiles. Les *Travaux publics à haute intensité de main d'œuvre* (HIMO) donnent un emploi aux personnes sans revenus leur garantissant ainsi un revenu minimal. Nous avons aussi créé des catégories « *exemptes* » de contribution au sein du système de santé (National Health Insurance Scheme⁶) : les personnes âgées de plus de 65 ans et les jeunes de moins de 18 ans, ainsi que tous ceux qui ont été ciblés par le LEAP bénéficient d'une couverture gratuite.

Le ministère de la protection sociale n'est pas le seul à agir. Par exemple, le ministère de l'agriculture a récemment lancé un programme qui permet d'offrir des graines aux petits agriculteurs. Dans le domaine de l'éducation, des livres et des uniformes sont fournis gratuitement à certaines écoles qui manquent de ressources. Le « *School Feeding Program* » permet aux enfants de recevoir au moins un repas par jour à l'école, aux frais du gouvernement. Enfin, l'obstacle que constituaient les frais de scolarité pour beaucoup de ménages a été surmonté grâce au *Capitation Grant Scheme*, qui permet de subventionner les écoles selon le nombre d'élèves inscrits, et ainsi d'éviter toute demande de frais de scolarité aux parents qui seraient en situation de vulnérabilité.

Dans le domaine de l'emploi des jeunes, le *Local Enterprise and Skills Development Program* (LESDEP) permet d'offrir des formations et des équipements de base aux petites entreprises locales, afin d'encourager la création d'emplois. Parallèlement, plusieurs programmes sont menés actuellement dans le cadre du *Ghana Youth Employment and Enterprise Development Programme*, et offrent des formations, un accès à la microfinance, etc.

Tous ces programmes sont ambitieux. Cependant, si on ne les combine pas dans une seule et même vision, placée sous la responsabilité d'un seul ministère, leurs effets positifs s'éparpillent, voire s'annulent. Par expérience, nous savons par exemple que si nous donnons du maïs à un agriculteur pour qu'il le plante et crée ensuite de la richesse, mais que celui-ci n'a pas de ressources pour manger d'ici la prochaine récolte, il préférera cuisiner le maïs plutôt que de le cultiver. D'où

l'intérêt de croiser les différents programmes, pour que l'agriculteur bénéficie également de transferts monétaires le temps de sa récolte.

Le LEAP

L'objectif du LEAP est d'extraire progressivement les ménages de l'extrême pauvreté, en augmentant leurs capacités de consommation et en leur garantissant un meilleur accès aux services et aux opportunités. C'est ce qu'on appelle la *graduation* ou la *migration* : du stade d'extrême pauvreté, on passe à celui de pauvreté, et ainsi de suite.

Qui sont les bénéficiaires ?

La première étape est d'identifier les personnes pauvres au Ghana. Le service des statistiques a donc lancé le *Ghana Living Standard Survey*, qui a permis d'identifier les personnes vulnérables dans toutes les communautés.

L'important est de créer des mécanismes de ciblage suffisamment précis pour éviter que certaines personnes reçoivent des aides alors qu'elles pourraient s'en passer. Par exemple, certains enfants qui ont perdu leurs parents sont confiés à des organismes qui pourront les prendre en charge, les *caregiver*. Cependant, s'ils peuvent être pris en charge par le reste de leur famille parce que celle-ci dispose d'un niveau de revenu convenable, ils ne sont pas éligibles à ce type de service.

Il existe trois catégories de bénéficiaires pour le LEAP. La première correspond aux enfants vulnérables, la seconde aux personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent dans la pauvreté parce qu'ils n'ont pas de revenus (pensions, etc.), et la troisième aux gens qui ne peuvent plus travailler, en raison de handicaps notamment.

Quels sont les outils ?

L'objectif du LEAP est de réduire la pauvreté des catégories mentionnées, en leur transférant de l'argent pour qu'ils puissent se nourrir (au moins 2000 calories par jour), et en leur offrant un accès gratuit aux services sociaux de base (hôpitaux, école, etc.). Il est également prévu de leur offrir les moyens d'être productifs, par l'intermédiaire de services complémentaires (HIMO, formations, microcrédits, etc.).

⁶ Pour plus de précisions sur le NHIS, se référer à l'étude sur les socles de protection sociale en Afrique subsaharienne, en annexe (fiche sur le Ghana)

Dernièrement, une nouvelle initiative a encore été prise, le LEAP 1000. Il s'agit d'un programme de couverture pour les femmes enceintes vulnérables, qui leur permet de bénéficier de soins pré et post natals gratuits pendant les deux premières années qui suivent le moment de la conception.

Quelle structure de gouvernance ?

Le processus de réalisation du LEAP est entièrement basé sur une approche « *bottom-up* ». Nous avons créé des comités de réalisation du LEAP (*Community LEAP Implementation Committee – CLIC*), afin de cibler le plus précisément possible, dans les communautés, les personnes qui sont extrêmement pauvres (par le biais d'un questionnaire). De plus, si un risque survient (comme un décès, ou une maladie), la personne bénéficiaire s'adresse directement à ce comité pour bénéficier d'une aide supplémentaire.

Quelles sources de financement ?

La première source de financement vient du gouvernement. Ensuite, nous obtenons d'importants soutiens financiers et techniques de la part d'agences extérieures, comme le DFID britannique (*Department for International Development*), la Banque Mondiale ou l'UNICEF.



M. Raul MATEUS PAULA

Ambassadeur, Chef de Délégation de l'Union européenne au Niger, représenté par M. Emile JEANNEE, Chef de coopération

Dans cette présentation, je souhaiterais mettre l'accent sur l'importance qu'attache l'Union Européenne au développement de systèmes de protection sociale de par le monde, et rappeler les efforts qu'elle fait en la matière.

La politique européenne de coopération au développement dans le domaine de la protection sociale

La protection sociale est au cœur des sociétés européennes : elle y joue un rôle important contre les risques de pauvreté, ou induits par la pauvreté, ainsi que pour limiter voire réduire les inégalités. La politique européenne

Pour déployer les fonds jusque dans les communautés, nous utilisons le système postal. En parallèle, nous essayons de construire un système de paiement électronique, par le biais des compagnies de téléphone. L'objectif est que ceux qui ont des téléphones puissent se rendre dans leurs agences et y récupérer l'argent. Il est en effet important de limiter les mouvements de fonds d'un endroit à un autre.

Le chemin parcouru depuis 2008 et les défis à surmonter

Le LEAP a commencé en 2008 : cette année-là, nous avons sélectionné 21 districts sur 217, ce qui correspondait à 1654 ménages. Aujourd'hui, nous avons étendu notre action à 99 districts, soit 72780 ménages en juin 2014.

Nous avons également augmenté les prestations qui sont passées de 12GHS à 36GHS. Aucun arriéré n'est comptabilisé aujourd'hui.

Il reste cependant beaucoup à faire. Nous voulons encore étendre le LEAP, avec une cible fixée à 50 000 ménages supplémentaires d'ici 2015.

de coopération au développement, exprimée au travers du « *Programme pour le changement* », reconnaît le rôle nécessaire de la protection sociale pour une croissance inclusive et recommande qu'au moins 20% de l'aide au développement soit consacrée au développement humain.

Pour un pays comme le Niger où les prévisions du prochain FED (fonds européen de développement, conclus pour cinq ans) sont de 600 millions d'euros, cela signifie donc qu'un minimum de 120 millions d'euros soit consacré au développement humain.

Depuis 2012, la Commission européenne dispose d'un document de politique sur la

protection sociale dans sa coopération au développement. Les défis sont énormes et malgré d'évidentes limitations, la demande de protection sociale émanant des citoyens augmente et les gouvernements sont poussés à y répondre. Nous assistons actuellement à une véritable explosion des demandes exprimées par les pays en développement qui cherchent à établir et à mettre en œuvre une politique nationale de protection sociale.

Ces pays se trouvent confrontés à un double défi, à savoir concevoir des programmes de protection sociale assurant une meilleure couverture (et, de ce fait, apportant une réponse aux problèmes d'équité) et les faire fonctionner plus efficacement et d'une manière qui soit fiscalement faisable et durable.

Dans sa coopération au développement, l'UE cherche donc à soutenir le développement de programmes nationaux de protection sociale, en cherchant à promouvoir les bonnes pratiques quant à l'élaboration et la mise en place des systèmes de protection sociale.

Dans le respect de la souveraineté des pays partenaires, l'UE établit un dialogue axé sur le principe suivant: que les systèmes de protection sociale envisagés visent à parvenir à un accès égal et universel à la protection sociale tout au long de la vie, en accordant une attention particulière aux personnes les plus vulnérables et défavorisées, telles que les enfants et les personnes handicapées.

Les appuis de l'UE dans le domaine de la protection sociale visent en grande partie la coopération technique. Ceci s'explique parce que, d'une part, une protection sociale efficace et durable devrait, à terme, être fondée sur une redistribution des richesses au niveau national et que d'autre part, la mise en place d'un cadre institutionnel et juridique adéquat est un défi crucial. Dans ce sens, l'UE peut appuyer l'établissement du cadre stratégique, juridique et institutionnel, ainsi que le renforcement des capacités institutionnelles.

Le cas du Niger

Un nombre important de projets dans le domaine de la protection sociale est actuellement financé par des instruments géographiques ou thématiques de l'UE. Dans la prochaine phase de programmation (2014-

2020) la protection sociale sera un secteur de soutien dans des pays comme le Ghana ou le Swaziland, mais elle est aussi susceptible d'être une composante dans des programmes qui visent principalement d'autres secteurs.

L'initiative AGIR

C'est par exemple, le cas au Niger où, avec l'Initiative AGIR, la résilience sera au cœur du prochain cycle de coopération Niger-UE du 11ème FED (2014-2020), impliquant d'importants engagements en faveur des filets sociaux, de la prévention de la malnutrition et de la maîtrise de la croissance démographique. Ces domaines ont effectivement été retenus comme secteur de concentration avec un budget de 180 millions d'euro.

En plus, l'UE reste au côté des populations les plus vulnérables à travers les activités humanitaires financées par ECHO, qui, entre autres, soutient d'importants programmes de transferts monétaires en période de soudure. L'initiative AGIR constitue un cadre fédérateur qui vise à réduire structurellement et de manière durable la vulnérabilité alimentaire et nutritionnelle en accompagnant la mise en œuvre des politiques sahélienne et ouest africaine. Rappelons ici que le premier objectif de cette initiative est d'améliorer la protection sociale des communautés et ménages les plus vulnérables pour une sécurisation de leur moyens d'existence.

Le programme SOCIEUX

En 2013 l'UE a lancé le programme SOCIEUX, une facilité fournissant des appuis ad-hoc et de courte durée, avec des fonctionnaires des pays de l'UE travaillant dans le domaine de la protection sociale. Cette coopération de pair à pair apporte beaucoup de légitimité et de crédibilité tout en créant des liens entre pays partenaires qui vont perdurer au-delà des actions dans le cadre de SOCIEUX. Lorsqu'il y a lieu, ce programme favorise aussi le partage d'expériences entre pays du sud. Une mission de SOCIEUX a par ailleurs déjà eu lieu au Niger au cours du Forum sur la protection sociale qui s'est tenu en 2013 et des contacts ont été établis entre les experts européens et un certain nombre de Ministères nigériens.

A titre de conclusion, je voudrais rappeler que l'approche européenne en matière de protection sociale dans la coopération au

développement n'est pas conçue comme un ensemble de règles strictes. Le soutien européen est appelé à s'adapter selon les contextes et les besoins. Chaque pays doit aller à son propre rythme et créer son propre système de protection sociale qui permettra de jeter les bases d'une société fondée sur les principes de solidarité et d'inclusion. Même si la protection sociale n'apparaît pas

directement comme un domaine de concentration de l'UE au Niger sur la période 2014-2020, des interventions importantes sont prévues pour assurer au-delà de l'appropriation, la pérennisation des actions menées dans le domaine des filets sociaux, de la prévention de la malnutrition et du financement des politiques sociales, spécialement la santé.



Mme. Anne DROUIN

Cheffe du service du financement public, des services actuariels et des statistiques au sein du département de la protection sociale du Bureau International du Travail à Genève

La recommandation n°202 adoptée en juin 2012 par l'OIT constitue le premier instrument international, voire le seul, qui a une portée directe sur les socles de protection sociale. Suite à son adoption, plusieurs documents et déclarations, au niveau des Nations Unies et des différentes instances internationales l'ont pris comme référence et ont davantage élaboré.

Les précédents et les acteurs clés à la Recommandation n°202

Le contexte dans lequel s'inscrit la recommandation n°202 est marqué par la crise mondiale qui s'est déclenchée en 2008-2009 et qui faisait suite aux différentes crises alimentaires, ainsi qu'à l'augmentation des prix à l'alimentation et des différents biens de consommation dans les pays en développement.

En avril 2009, le Conseil des Chefs d'Agences des Nations Unies a convenu de neuf initiatives. Parmi elles, l'initiative n°7, initiée par l'OMS et le BIT, portait sur les socles de protection sociale. C'est ainsi que le projet de la recommandation n°202 est né.

Cette initiative donnait également suite aux recommandations de la Commission Mondiale sur la Justice Sociale dans le Contexte de la Globalisation, qui avaient été adoptées en 2004. Depuis cette date, la situation était marquée par un certain immobilisme. Aussi, le bon côté de la crise a-t-il été de mettre ces processus en mode accéléré, de sorte que dès juin 2011, les représentants des Etats

membres du BIT (gouvernements employeurs et travailleurs) étaient d'accord sur le fait qu'il fallait mettre en place cette recommandation en un temps record, soit deux ans (normalement c'est un processus qui prend un temps beaucoup plus long).

En juin 2012, à la conférence internationale du travail, la recommandation a été adoptée à l'unanimité, ce qui est tout aussi remarquable. Les pays en développement, notamment de l'Afrique francophone, ont joué dans ce processus un rôle central pour pousser tous les autres Etats membres à adopter cette recommandation. De même, les gouvernements de la France, du Luxembourg, de la Finlande, de l'Irlande et de la Norvège ainsi que certains autres acteurs comme l'UE ont permis de s'assurer de l'aval, partout dans le monde, des pays qui n'étaient pas présents à Genève quand la recommandation a été adoptée. A cet effet, le rapport Bachelet de 2011 a fait grand écho.

Les objectifs, champs d'application et principes prévus par la Recommandation

Après avoir rappelé dans son préambule que la sécurité sociale est un droit de la personne et une nécessité économique et sociale, ainsi qu'un « *outil important pour prévenir et réduire la pauvreté, les inégalités, l'exclusion sociale et l'insécurité sociale, pour promouvoir l'égalité des chances, l'égalité entre hommes et femmes et l'égalité raciale et pour soutenir la transition de l'emploi informel à l'emploi formel* », la

Recommandation décline les grands principes dans lesquels elle s'inscrit.

Principe 1 - La protection sociale doit être universelle

Cet élément est très important parce qu'il introduit automatiquement une référence à la solidarité à l'échelle nationale. Il renvoie aussi à l'économie informelle qui est souvent mise de côté dans les politiques nationales de protection sociale, alors même que contrairement aux idées reçues, elle ne comprend pas forcément que des personnes pauvres n'ayant aucune capacité contributive, mais est composée aussi par des personnes qui ont des capacités et des ressources et pour qui les programmes publics sont la plupart du temps non disponibles.

Principe 2 - La protection sociale est un droit

Cela suppose plusieurs choses. D'abord, que les prestations sociales doivent permettre de garantir les droits minimaux définis par la recommandation ou par d'autres textes internationaux souvent ratifiés par les pays, comme la déclaration des droits de l'enfance, la déclaration du droit à l'éducation, ou encore à la sécurité alimentaire. Ensuite, que les prestations doivent avoir un caractère prévisible, c'est-à-dire que les populations puissent être certaines, sur le long terme, de les recevoir. Ce principe est aussi directement lié avec *l'exigence de non-discrimination*, et notamment d'égalité entre les hommes et les femmes, après prise en compte des besoins spécifiques, dans l'octroi des prestations.

La législation nationale, notamment dans les documents budgétaires, doit donc prévoir l'existence de ces droits sociaux, et garantir l'efficacité et l'accessibilité des procédures de réclamation et de recours pour les populations bénéficiaires.

Principe 3 - La protection sociale doit être mise en œuvre efficacement

La mise en œuvre efficace de la protection sociale passe par toute une série de conditions.

D'abord, la *réalisation du socle doit être progressive*, et fonctionner selon des objectifs chiffrés et fixés à l'avance, avec des délais précis.

Ensuite, *une cohérence doit aussi être trouvée avec les autres politiques* sociales, économiques et de l'emploi afin d'éviter les chevauchements voire les effets d'annulation entre les différents programmes mis en œuvre par le gouvernement. Un suivi régulier dans la mise en œuvre et des évaluations périodiques sont aussi indispensables.

Principe 4 - Le financement et la fourniture

Les gouvernements chargés de mettre en œuvre les socles doivent prendre en compte *la diversité des méthodes et des approches*, y compris des mécanismes de financement et des systèmes de fourniture des prestations, afin d'optimiser les mécanismes de protection sociale en fonction des besoins et des caractéristiques des populations. Ainsi, il est important de rechercher le meilleur équilibre possible entre les responsabilités et les intérêts parmi ceux qui financent et bénéficient des régimes de sécurité sociale : l'articulation entre les régimes contributifs et non contributifs est ici un paramètre essentiel.

D'autres éléments doivent être particulièrement approfondis en matière de financement. Ainsi, la *transparence et la redevabilité* de la gestion financière et administrative, indissociable de la recherche d'une pérennité financière, budgétaire et économique, est nécessaire pour construire une confiance entre les citoyens et l'administration. Enfin, la mise en œuvre de la protection sociale doit passer par des services publics de qualité, notamment en matière d'offre de soins.

Mettre en œuvre les socles nationaux de protection sociale

La Recommandation fait aussi une série de propositions sur la mise en œuvre des *socles nationaux de protection sociale*.

Les garanties élémentaires de sécurité sociale

On y trouve ainsi l'idée que les socles devraient comporter au moins certaines *garanties élémentaires de sécurité sociale*, inscrites dans la législation nationale, adaptées au contexte du pays, et régulièrement réévaluées (notamment en ce qui concerne le niveau des prestations) :

- Accès à un ensemble de biens et services de santé essentiels, y compris

les soins de maternité, qui réponde aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité.

- Sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, assurant un accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires
- Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité
- Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées

Les conditions de mise en œuvre effective de ces garanties élémentaires

La Recommandation insiste sur le fait que les gouvernements ont intérêt à combiner les différents régimes de protection sociale (régimes de prestations universels, d'assurance sociale, d'assistance sociale, d'impôt négatif sur le revenu, des régimes publics d'emploi et des régimes d'aide à l'emploi, etc.) et les différentes approches (mesures préventives, promotionnelles et actives, etc.).

Egalement, elle rappelle qu'il est nécessaire, en marge des mécanismes de protection sociale, de promouvoir l'activité économique productive, afin notamment de favoriser l'emploi formel stable, l'esprit d'entreprise, et un cadre de travail décent. A cette fin, toute une série de politiques peuvent être envisagées : passation de marchés publics, inspection du travail, incitations fiscales, promotion de l'éducation et de la formation professionnelle, etc.

Sur le plan du financement, la Recommandation préconise de pratiquer une diversification la plus large possible des sources, tout en prenant en compte les capacités contributives des différents groupes de la population. L'article 11.2 fait particulièrement mention à la nécessité d'adopter des mesures pour prévenir la fraude ainsi que l'évasion fiscale et le non-paiement des cotisations sociales. De fait, le texte souligne que « *les socles nationaux de protection sociale devraient être financés par des ressources nationales.* »

Les stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale

La troisième partie de la recommandation est consacrée aux *stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale*. Ici, le texte préconise que chaque membre instaure, par le biais d'un dialogue social effectif, des stratégies nationales qui accordent la priorité à la mise en œuvre de socles de protection sociale. Dans un second temps, ils doivent chercher à assurer des niveaux plus élevés de protection au plus grand nombre possible de personnes et aussi rapidement que possible, afin que la couverture sociale soit toujours à l'échelle du développement économique du pays.

Dans ce cadre, les gouvernements devraient mettre en œuvre des socles tant pour les personnes relevant de l'économie formelle que de l'économie informelle, et assurer un appui particulier aux groupes défavorisés et aux personnes ayant des besoins spécifiques.

Il s'agit là d'une approche *systemique* de la mise en œuvre des socles de protection sociale, favorisant une progression sur deux axes. Le premier, horizontal, correspond à l'offre de soin, qui doit être accessible pour tous : il s'agit du socle minimal de protection sociale, qui doit permettre de vivre dignement. Le second, vertical, correspond aux niveaux de revenus : plus on s'éloigne des faibles revenus et plus les approches contributives doivent être favorisées (assurances sociales obligatoires et volontaires...).

Cette approche doit permettre, *in fine*, de garantir un socle national de protection sociale tout au long du « *Cycle de Vie* », garantissant un accès aux besoins essentiels pour les enfants, les actifs, et les personnes âgées.

Assurer un suivi-évaluation, et instaurer un dialogue social effectif

Enfin, dans sa quatrième partie, la Recommandation préconise de mettre en place des mécanismes de *suivi* appropriés, définis à l'échelle nationale et incluant une participation tripartite, en vue de réaliser régulièrement des consultations nationales permettant de poursuivre l'extension horizontale et verticale de la sécurité sociale en fonction des résultats obtenus.

Il apparaît à cet effet indispensable de pouvoir compiler, analyser et publier un ensemble adéquat de données, de statistiques et d'indicateurs de sécurité sociale ventilés, en particulier par sexe. L'OIT a d'ailleurs émis une résolution concernant l'élaboration des statistiques de la sécurité sociale, dont les pays pourraient s'inspirer.

La nécessité d'instaurer un véritable dialogue social sur le thème de la protection sociale est également soulignée. De fait, à toutes les étapes, que cela soit pour faire l'inventaire des besoins des populations et les failles des systèmes déjà existants, pour définir les garanties du socle et les priorités, pour créer les feuilles de route, ou pour assurer un suivi et une évaluation régulière, l'inclusion des partenaires sociaux est indispensable.

Dans son article 24, la Recommandation conclut en encourageant les Membres à échanger des informations, des expériences et de l'expertise concernant les stratégies, les politiques et les pratiques en matière de sécurité sociale, entre eux et avec le BIT. Elle rappelle enfin qu'ils peuvent solliciter

l'assistance technique de l'OIT et des autres organisations internationales.

Conclusion : état des lieux en Afrique francophone

Dans son rapport sur la protection sociale dans le monde, le BIT a mis en évidence que 122 pays avaient réduit leurs dépenses sociales depuis 2010, et ce en dépit des besoins accrus de toute la population.

Alors que les droits sociaux sont loin d'être réalisés, notamment dans les pays d'Afrique francophone, il est donc urgent que les gouvernements témoignent d'une véritable volonté politique quant à l'instauration d'un socle de protection sociale.

Pour cela, les décideurs doivent réaliser que la protection sociale, tout en jouant un rôle majeur dans la réduction de la pauvreté, contribue aussi à la croissance économique en soutenant le revenu des ménages, et par conséquent, une plus grande consommation intérieure, et en renforçant le capital humain et la productivité.



M. Alexis BIGEARD

Conseiller en Politique de Financement de la santé au sein de l'Équipe d'appui inter-pays en Afrique de l'Ouest de l'Organisation Mondiale de la Santé et point focal du réseau P4H en Afrique de l'Ouest

P4H : une plateforme permettant de coordonner les initiatives cherchant à promouvoir la couverture universelle en santé

Pendant longtemps, les partenaires internationaux se sont engagés surtout dans le financement de la santé pour des maladies spécifiques ou des interventions sélectionnées (paludisme, VIH, etc.). Pourtant, le renforcement des systèmes de santé sur le long terme, et l'instauration d'une protection sanitaire et sociale équitable et durable sont des chantiers tout aussi – voire plus importants. Or, les appuis des différents partenaires internationaux en la matière manquent parfois de cohérence, ce qui provoque des résultats insuffisants.

En effet, l'aide fournie aux pays ne tient pas souvent compte de la complexité du contexte,

chaque organisation ayant sa vision et ses objectifs propres, correspondant à son champ d'intervention. Les partenaires envoient parfois des messages contradictoires et promeuvent des approches différentes, complexifiant la gouvernance des socles de protection sociale dans les pays.

La plateforme P4H cherche à combler ce manque de coordination. Son principal objectif est d'apporter de la cohérence dans les appuis en « financement de la santé pour la couverture universelle » ou « protection sociale santé », en facilitant notamment une collaboration et un échange accru aux niveaux international et local. Les membres, qui ont des ancrages sectoriels, des mandats et des avantages comparatifs différents, peuvent ainsi, au sein du réseau, échanger sur leurs expériences et expertises,

et coordonner leur appui aux décideurs locaux.

La couverture universelle en santé : un processus complexe, qui nécessite de travailler avec tous les secteurs

La Couverture Universelle en Santé (CUS) peut se définir comme « *l'utilisation par tous, en fonction des besoins, de services de santé de qualité réellement disponibles sans engendrer de difficultés financières* ». Elle répond donc à trois grands principes : l'universalité, l'accessibilité des prestations, et la couverture du risque maladie.

Ces trois principes, pour être effectifs, demandent l'intervention de différents départements (Ministères). Par exemple, la CUS est abordée à la fois dans les stratégies nationales de développement, de croissance et de réduction de la pauvreté, dans les stratégies nationales de protection sociale (en référence notamment aux socles de protection sociale tels que définis par la recommandation 202 de l'OIT), ou encore dans les stratégies de financement de la santé. Or, les feuilles de route peuvent ne pas être compatibles, en raison de l'utilisation par les ministères concernés d'approches et de cadres analytiques – souvent fournis par les partenaires techniques et financiers – différents. D'autres exemples démontrent la nécessité de coordination interministérielle : ainsi la décentralisation des prises de décision, qui ne dépend ni du ministère de la santé, ni de celui des affaires sociales, est fondamentale pour la mise en œuvre effective de la CUS.

L'articulation difficile entre ces diverses interventions, conjuguée avec le constat que tous les partenaires ne disposent pas du même niveau d'informations, explique qu'au sein de P4H, nous essayions de réunir tous les acteurs des différents secteurs ayant un lien avec la CSU, pour qu'ils puissent travailler ensemble et avancer de concert sur la question. Aussi P4H opère-t-il dans des lieux de concertation existant ou à créer entre les domaines de la santé, du social (mise en œuvre des socles de protection sociale, ciblage des groupes vulnérables, etc.) du financier (politique fiscale, optimisation des dépenses publiques, etc.), et d'autres secteurs encore.

Les membres de la plateforme P4H appartiennent par conséquent à des secteurs variés. Bien que la plupart d'entre eux aient un lien direct avec la santé (OMS, AFD, Ministère français des affaires étrangères, etc.), d'autres agissent plutôt dans le domaine économique et financier (Banque Mondiale, Banque Africaine de Développement), ou encore dans le domaine social (OIT, Ministère fédéral allemand de la coopération économique, etc.). L'idée est que ces partenaires ayant des interlocuteurs différents, il est productif de « *s'utiliser les uns les autres* » pour que le dialogue avec la partie nationale soit d'autant plus cohérent et global.

Comment fonctionne P4H ?

P4H est présent aux échelons mondial et local.

Au niveau monde, des rencontres se font à haut niveau entre les directeurs de département ou autres représentants des différentes organisations membres : l'OMS, la Banque mondiale, l'OIT, la Banque Africaine de développement, les coopérations d'Allemagne, de France, d'Espagne, de Suisse et des Etats Unis (un comité de pilotage se réunit tous les ans). Un secrétariat technique existe qui est basé à l'OMS Genève et à la Banque Mondiale à Washington. On compte également quelques « points focaux » dans des pays ou sous régions, qui peuvent jouer un rôle utile d'échange entre le niveau national et international.

Sur le terrain, les partenaires (notamment les bureaux pays des membres de la plateforme P4H mais aussi tous les partenaires intéressés) tentent de se rencontrer et de produire des appuis coordonnés, via des cadres de concertation adaptés. L'action de P4H suit deux dimensions. Une première, transversale, travaille sur l'action interministérielle notamment, et une seconde, verticale, qui tente de renforcer le lien entre le politique et le technique par un appui sur les questions stratégiques.

Quels résultats aujourd'hui ?

Aujourd'hui, P4H est connu dans au moins 37 pays (contre 11 seulement en 2011) :

En Afrique : Bénin, Burkina-Faso, Burundi, Cameroun, Congo, RD Congo, Côte d'Ivoire, Kenya, Madagascar, Mali, Niger, Ouganda, Sénégal, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie

En Asie: Bangladesh, Cambodge, Inde, Indonésie, Kirgizstan, Laos, Mongolie, Myanmar, Nepal, Tadjikistan

En Amérique latine : Colombie, Haïti

Au Moyen-Orient: Yémen

Plus concrètement et à titre d'exemple, au Bénin, au Mali et au Burkina Faso, l'appui de P4H a permis :

- L'élaboration de feuilles de route d'appui conjoint entre les différents

partenaires (glissante au Bénin, court terme au Mali) ;

- L'organisation de rencontres régulières avec les partenaires techniques et financiers intéressés, qu'ils soient dans le réseau ou pas ;
- L'organisation de rencontres individuelles des partenaires par le point focal P4H ;
- La recherche de complémentarité dans l'appui - notamment au niveau des financements ;
- La collaboration technique dans la définition de l'appui. Par exemple, la définition du projet de l'AFD au Mali a été faite en étroite collaboration avec l'OMS ;
- Le transfert élargi d'informations sur les développements nationaux.



Mme Cynthia MELA

Représentante de l'Agence Française de Développement au Niger

Le sujet de la protection sociale est au centre des activités de l'Agence Française de Développement (AFD). Il est notamment un des axes prioritaires de son intervention dans le domaine de la santé, aux côtés de la santé maternelle et infantile.

L'intervention de l'AFD dans ce domaine passe par deux axes principaux. D'abord, l'amélioration de l'offre de soins, tant en termes quantitatifs que qualitatifs, à travers le renforcement des systèmes de santé. Ensuite, le soutien de la demande, en permettant à tous l'accès aux soins par la levée des barrières financières et le financement global du système de santé.

L'initiative Santé Solidarité Sahel (I3S)

Ma présentation consistera à vous présenter comment, avec des ressources financières limitées, on peut soutenir la mise en place d'un socle de protection sociale, notamment dans le domaine de la santé.

En mai 2013, la France a lancé l'initiative Santé Solidarité Sahel (I3S), dont le but est d'améliorer l'accès aux soins pour les enfants de moins de cinq ans. Le financement de ce

projet provient d'une partie des recettes de la taxe française sur les transactions financières (TTF), pour un montant de 30 millions d'euros. Cette somme est répartie entre le Niger, le Sénégal, le Burkina Faso, le Tchad et le Mali. En ce qui concerne le Niger, le projet a été attaché à un financement de 6 millions d'euros, et sera déployé pendant les trois prochaines années.

L'objectif est de renforcer le mécanisme d'exemption des soins pour les enfants de 0 à 5 ans qui existe depuis 2006 au Niger. Ce renforcement passera par un appui technique, qui permettra d'améliorer le suivi le contrôle et toute la gouvernance du mécanisme d'exemption des soins, et ce à tous les échelons (au niveau central et décentralisé). De fait, si l'exemption des soins au Niger a eu des effets positifs, il connaît aujourd'hui des blocages, en raison des problèmes de financement. L'Etat ne parvient pas à assumer son rôle de tiers payant, et à rembourser les factures que les formations sanitaires lui transmettent. Cela provoque des ruptures d'intrants (notamment pour les médicaments) et les centres de soins se retrouvent donc incapables de poursuivre la

politique de gratuité, malgré toute leur bonne volonté.

Ce projet permettra de mettre fin à ces disfonctionnements. Il fournira aussi

l'occasion de réfléchir à la mise en place d'autres financements soutenables et innovants.

DISCOURS D'INTRODUCTION AUX TABLES-RONDES



Mme Emilienne RAOUL

Ministre des Affaires Sociales, de l'Action Humanitaire et de la Solidarité du Congo

Dans la plupart des traités et conventions internationales, la protection sociale est aujourd'hui considérée comme un des chantiers incontournables pour promouvoir un développement juste et équitable. Elle s'invite de plus en plus dans l'agenda des politiques africaines et de l'Union Africaine. Elle mobilise en effet un grand nombre d'acteurs et de décideurs autour d'un même constat : la solidarité entre les forces vives d'une Nation est un levier formidable, à la fois pour la cohésion sociale et le développement humain en général. C'est pourquoi, il est impérativement nécessaire d'agir avec détermination pour transformer les déclarations de principes en véritables plans d'action.

La solidarité n'est pas une idée nouvelle. Il existe en effet depuis bien longtemps, sous une forme traditionnelle, un modèle ancien de protection sociale au sein des communautés rurales. En Afrique par exemple, des liens de réciprocité ancrés dans la tradition entretiennent dans les campagnes un système de cohésion sociale, basé sur les liens de parenté, ou sur les valeurs religieuses. Des systèmes traditionnels de cotisation, comme la *tondine*, permettent de réduire l'impact des catastrophes sur la vie des individus.

Cependant, ces formes de solidarité ne suffisent plus. Face à l'individualisme, à la

précarité des conditions de vie de beaucoup d'africains dus au changement climatique, à la récurrence des conflits politiques, à la détérioration des termes des échanges au niveau mondial, la vie de nombreux ménages en Afrique est de plus en plus incertaine. Parallèlement à ce constat, en l'absence de réels mécanismes de redistribution, les bénéfices de la croissance économique n'atteignent pas les populations les plus pauvres.

Aujourd'hui, il est donc urgent qu'avec l'aide des Conseils Economiques et Sociaux, les Etats prennent le relais et donnent à la solidarité une dimension nationale, dans le cadre du pacte social qui unit les citoyens d'une Nation.

Il est reconnu que la protection sociale comprend deux objectifs majeurs.

- Permettre aux individus de survivre quand ils sont malades, ou âgés, ou en charge de famille nombreuse
- Réduire l'inégalité devant les risques de la vie et assurer aux individus un minimum de revenus leur permettant d'être intégrés à la société

Mettre en œuvre la protection sociale, c'est donc avoir la vision d'une société juste et équitable, qui inclut tous ses membres dans un réseau de solidarité, où les risques auxquels chacun fait face sont supportés par tous. Mettre en œuvre la protection sociale, c'est libérer le travailleur de la hantise du lendemain, qui est le premier obstacle au développement, tout en lui offrant le droit de contribuer à la richesse du pays. Mettre en œuvre la protection sociale, enfin, c'est éradiquer le cercle vicieux de la pauvreté pour permettre la mobilité sociale, la croissance économique, la stabilité, et assurer à tous une existence décente. Amoindrir le poids du fardeau individuel en donnant toute sa valeur à la notion de bien commun : voilà le défi qui nous attend.

La mise en œuvre des socles de protection sociale a déjà commencé dans de nombreux pays d'Afrique, dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, menée avec volontarisme par les pouvoirs publics. Cependant, bien que de nombreuses initiatives aient déjà été engagées, beaucoup reste à faire : dans sa grande majorité, la population active ne bénéficie toujours d'aucune protection. De nombreux obstacles, souvent propres au continent, n'ont pas encore été surmontés. C'est pour cerner ces difficultés et trouver, grâce à un partage d'expérience, des solutions innovantes, que nous sommes réunis à Niamey.

Quels sont ces grands défis qui nous attendent ?

La gouvernance de la mise en œuvre des socles

Le premier grand défi en matière de protection sociale est l'élaboration d'une bonne gouvernance de la mise en œuvre des socles.

Les politiques de protection sociale souffrent d'un manque de gouvernance.

Les programmes menés par les différents ministères au sein de l'Etat, mais aussi par les bailleurs de fonds internationaux et les ONG restent trop souvent cloisonnés, si bien qu'au lieu d'être complémentaires, ils se chevauchent, entrent en concurrence, et laissent persister entre eux, des failles et des lacunes. Ces programmes qui portent sur le volet sécurité sociale s'intéressent peu à

l'assistance sociale et aux stratégies d'inclusion productive devant permettre aux personnes les plus pauvres de bénéficier des prestations de la sécurité sociale. En fin de compte, ils aboutissent à des résultats bien en deçà de ceux qu'on pouvait espérer au regard des moyens engagés.

La sécurité sociale et l'assistance sociale sont les deux faces d'une même médaille : la protection sociale. L'une ne peut être envisagée sans l'autre. En effet, le développement de l'assistance sociale peut servir de base à l'élargissement de la base contributive au niveau de la sécurité sociale. Les programmes d'assistance sociale portent souvent sur les transferts sociaux, monétaires ou en nature et sur les prestations d'action sociale. Ces programmes ont le mérite de remettre dans le circuit économique les populations vulnérables souvent exclus du processus de développement. Les personnes bénéficiaires des transferts monétaires peuvent tirer avantage des programmes d'inclusion productive leur permettant de développer durablement des activités économiques et de les insérer dans le circuit de production.

Ces dernières années, certains ministères ont élaboré des plans de lutte contre la pauvreté, d'autres des stratégies de développement sanitaire, et d'autres encore, des programmes d'insertion. Les principales dimensions de la protection sociale ont donc été abordées les unes après les autres, par des acteurs différents, et à des périodes différentes. Cependant, la protection sociale en tant que telle n'a réellement été considérée comme un domaine spécifique que récemment, d'où l'absence de politique globale en la matière.

Les gouvernements doivent donc relever le défi de développer des passerelles entre les programmes de protection sociale portant sur l'assistance sociale et ceux liés à la sécurité sociale afin de permettre aux ménages pauvres de changer de statut d'assistés à celui de contribuables à la sécurité sociale.

Le défi de la gouvernance commence d'abord par l'élaboration, dans chaque pays, d'une politique globale de protection sociale, qui intègre tous les acteurs et tous les moyens dans un même plan stratégique. Bien sûr, toutes les catégories de la population n'ont pas les mêmes besoins, et des régimes adaptés doivent être mis en œuvre. C'est pourquoi, la protection doit être perçue

comme un système dont les différentes composantes doivent concourir à l'atteinte de la couverture universelle.

Cependant, le défi de la bonne gouvernance ne s'arrête pas là. Il appelle aussi à la promotion du dialogue social. Cette expression, le dialogue social, correspond à une double exigence : elle signifie d'abord que toutes les idées, et toutes les forces de la Nation soient mises au service d'un même objectif. De fait, la fragmentation qui caractérise souvent les interventions dans le domaine de la protection sociale, est d'autant plus problématique que la réussite des mécanismes mis en œuvre est étroitement dépendante à la fois à leur adaptation à la réalité spécifique du pays, et à leur caractère innovant.

Le rôle des Conseils Economiques et Sociaux est ici fondamental, et il doit être rappelé. Ils sont en effet à la fois des organes étatiques et des enceintes pour donner libre cours au dialogue social. L'élaboration d'une gouvernance cohérente en matière de protection sociale doit donc commencer par eux.

Les conditions de la pérennité et de la soutenabilité du financement des socles

Le second grand défi en matière de protection sociale est de rendre le financement des socles pérennes et soutenables.

La première condition pour relever ce défi est l'existence d'une véritable volonté politique de la part des gouvernements.

En effet, alors que la dépense en protection sociale augmente au fur et à mesure que des programmes sont mis en œuvre, on remarque que la dépense générale des Etats reste peu élevée, provoquant des insuffisances dans les systèmes de financements. Il est donc urgent que les pouvoirs publics augmentent la part du budget affectée à la protection sociale. Cependant, cet objectif est aujourd'hui difficile à atteindre, pour deux raisons.

D'abord, certains Etats qui disposent de peu de revenus ne cherchent pas à augmenter le poste des dépenses consacré à la protection sociale, car celle-ci n'est pas une priorité dans le cadre de leurs stratégies de développement économique. De plus, les

décideurs craignent parfois que les transferts sociaux, monétaires ou en nature, poussent les bénéficiaires à l'oisiveté, au lieu de les inciter à participer activement à la création de richesses dans le pays. Or, de multiples exemples montrent que le développement de la protection sociale permet d'augmenter la productivité et la croissance. De fait, offrir aux individus une véritable couverture contre les risques permet de démultiplier le capital humain, de stimuler l'économie locale, et d'accroître la demande agrégée. Ainsi par exemple, le passage de l'Île Maurice d'une économie à monoculture, présentant des taux élevés de pauvreté, à une économie performante, avec une forte croissance économique et les taux de pauvreté les plus bas d'Afrique a-t-il été en partie attribué à sa protection sociale, qui représente aujourd'hui 4.4% de son PIB.

La seconde difficulté est que certains pays peinent à investir dans la protection sociale, car ils ne disposent que de très maigres ressources. Pourtant, il est également admis qu'il est possible d'atteindre des niveaux raisonnables de protection sociale en Afrique, alors même que les contraintes budgétaires sont importantes. Avec un coût équivalent à environ 1.2% du PIB, le Rwanda a permis aux mutuelles de santé de couvrir 91% de la population. Cependant, pour parvenir à ce type de résultat, il est essentiel que les programmes soient financièrement soutenables, et ne grèvent pas de façon excessive le budget national.

La seconde condition est donc d'assurer la soutenabilité des modes de financement des socles de protection sociale.

Comme pour tout investissement, la protection sociale doit faire l'objet de financements soutenables sur le long terme. De fait, pour être durables dans le temps, et permettre aux populations d'être réellement à l'abri du risque, les mécanismes de protection sociale doivent être arrimés à des ressources qui se renouvellent régulièrement, au même rythme que les dépenses. Cependant, ces conditions ne sont parfois pas réunies, et provoquent des dysfonctionnements dans les dispositifs de sécurité sociale déjà installés.

Assurer la soutenabilité du financement passe d'abord par une meilleure efficacité des dépenses. Actuellement, et surtout en raison du manque de gouvernance, les ressources allouées à la protection sociale ne sont pas

toujours ciblées sur les programmes qui ont montré leur efficacité dans la pratique. La preuve en est que dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne par exemple, des lignes budgétaires sont prévues chaque année pour certains dispositifs, et ne sont finalement pas dépensées, ou seulement en partie, car les personnes qui devaient en bénéficier ne sont pas connues, ou bien parce que le mécanisme en question est tout simplement peu adapté aux besoins. Ces dispositifs, parmi lesquels on peut citer les fonds d'indigence, sont alors souvent détournés de leur objectif premier, et bénéficient à d'autres catégories de la population, pourtant moins vulnérables.

Cela passe ensuite par la création de mécanismes de financement qui mettent à contribution les ressources internes du pays. De fait, l'importance de l'aide apportée par les bailleurs de fonds internationaux dans certains pays donne naissance à des dispositifs de protection sociale trop étroitement dépendants de la conjoncture internationale. Cela réduit de beaucoup la soutenabilité des socles, car une multitude de facteurs que les pouvoirs publics ne contrôlent pas peut alors entraîner des irrégularités dans le versement des prestations. A cet égard, les exemples de programmes ayant dû être interrompu en raison du gel des aides internationales ne manquent pas. De plus, ce type de financement ne correspond pas à la vision de solidarité nationale sur laquelle doit être fondée la protection sociale, qui suppose que tous les citoyens participent selon leurs moyens au financement des régimes.

Dans ce domaine, la plupart des pays d'Afrique se trouvent confrontés à un problème de taille, qui est la faiblesse des capacités contributives des populations, dont découle un espace fiscal très restreint. Cependant, des solutions innovantes et efficaces peuvent être trouvées. Par exemple, le Gabon a mis en œuvre, dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, un mécanisme mixte de financement, alliant des cotisations calculées selon le niveau de revenu des ménages, et des ressources purement fiscales, permettant de financer les prestations versées aux bénéficiaires incapables de contribuer. Ces ressources sont composées principalement de la Redevance Obligatoire à l'Assurance Maladie, qui consiste en un versement à l'Etat par les opérateurs de téléphonie mobile d'une valeur

de 10% de leur chiffre d'affaire, ainsi qu'une taxe de 1.5% sur les transferts d'argent à l'étranger. De même, au Ghana, 75% du financement de la couverture maladie provient d'un prélèvement supplémentaire ajouté à la TVA, ce qui permet une redistribution des ressources, étant donné que les biens de nécessité bénéficient d'une dérogation à cette taxe.

Par ailleurs, il est aussi possible d'élargir la base contributive en développant en faveur des personnes vulnérables des programmes d'inclusion productive devant leur permettre d'être autonomes et à moyen terme de cotiser.

Il est aussi possible de réaliser des économies d'échelle et de maintenir les équilibres budgétaires dans les programmes de protection sociale.

Les besoins de financement de la protection sociale sont très importants. Cependant, les ressources pour y faire face sont limitées. Il est important que les mécanismes de financement de la protection sociale soient adaptés à la réalité économique. Ils doivent être pensés en termes de systèmes devant permettre à court ou moyen terme de réduire les coûts administratifs de la prise en charge des bénéficiaires et permettre l'autofinancement à travers notamment les investissements rentables (logements sociaux, participation au capital des entreprises).

En outre, le système de protection sociale non contributif pour être durable et pérenne doit constituer un cycle dans lequel les bénéficiaires entrent et sortent à travers des mécanismes de sortie adaptés. Cela éviterait de tomber dans le risque d'assistanat et de maintenir le niveau des investissements.

Face à ce deuxième grand défi, des solutions sont donc possibles. Et les Conseils Economiques et Sociaux ont ici encore un rôle primordial à jouer. Par les avis qu'ils donnent sur la politique générale de l'Etat, ils peuvent participer à l'élaboration d'une politique budgétaire efficace.

La combinaison entre approches contributives et gratuites, et la combinaison entre les secteurs formels et informels.

Le troisième grand défi est d'étendre la protection sociale à l'ensemble de la population, y compris au secteur informel.

Un des obstacles les plus importants dans la mise en œuvre des socles de protection sociale en Afrique est que les institutions préexistantes ne concernent que les travailleurs salariés, qui représentent une infime minorité de la population.

Dans les pays d'Europe, la première brique posée dans l'édification des régimes de sécurité sociale a été la reconnaissance formelle, dans les plans comptables de l'Etat notamment, des activités des travailleurs. Cette étape est indispensable, pour deux raisons. D'abord, parce qu'elle permet, par le biais de l'employeur, ou directement du travailleur lorsqu'il est indépendant, de prélever automatiquement sur les revenus des individus les cotisations servant au financement de régimes généraux et obligatoires d'assurance sociale. Ainsi, si chacun déclare son revenu en même temps que son activité, l'extension de la protection sociale à la totalité de la population devient possible. De plus, le calcul des cotisations peut prendre en compte le niveau de revenu, et introduire des mécanismes de redistribution importants, notamment par le biais de taux d'imposition progressifs. Ensuite, cette organisation permet de constituer des bases de données servant ensuite à élaborer des programmes de protection sociale ciblés vers les plus vulnérables.

En Afrique, cette reconnaissance est loin d'être faite : la majorité de la population, jusqu'à 95% dans certains pays, est encore invisible à l'administration, et appartient donc au secteur dit « informel ». De ce fait, les dispositifs d'assurance sociale qui ont pourtant été mis en place dès les années 1950 dans la plupart des pays d'Afrique francophone, à la suite de la promulgation du Code du travail des territoires d'Outre-mer, continuent de ne couvrir qu'une infime partie de la population. Par exemple, le régime de sécurité sociale du Congo, qui date de 1956, ne concerne aujourd'hui que moins de 15% de la population. Une des priorités dans le chantier de la protection sociale en Afrique

est donc de trouver les moyens d'étendre la protection sociale à toutes les catégories de la population.

Il est donc particulièrement urgent d'œuvrer activement pour la reconnaissance formelle des travailleurs en Afrique, à travers une politique du « plein emploi ». A cet égard, il est intéressant de constater que la protection sociale est un argument majeur pour inciter les personnes à déclarer leurs revenus à l'administration. De fait, si le statut de travailleur s'accompagne de réelles garanties en termes de protection contre les risques sociaux, le travailleur ne voit plus la déclaration de ses revenus comme une contrainte supplémentaire, mais plutôt comme une opportunité favorable. L'important est donc de créer les débuts d'un cercle vertueux entre protection sociale et reconnaissance formelle des travailleurs, les deux se renforçant mutuellement.

Une autre façon de favoriser l'expansion du secteur formel est de créer un statut particulier pour les travailleurs indépendants, comme les artisans, les petits commerçants, ou encore les exploitants agricoles, qui sont majoritaires au sein de la population active en Afrique. Or, ce statut est souvent inexistant dans les Codes du travail, ce qui entraîne l'enfermement des travailleurs indépendants dans le secteur informel. Certains pays ont déjà pris acte de la nécessité de remédier à cette insuffisance : le Congo par exemple, dans une loi de 2011, a prévu que les travailleurs indépendants puissent s'affilier à l'assurance sociale. Cependant, les modalités concernant le paiement des cotisations ainsi que la liquidation des pensions doivent faire l'objet d'une attention particulière. De fait, elles doivent être suffisamment souples pour s'adapter à la grande précarité qui caractérise souvent l'activité des autoentrepreneurs dans le secteur informel. A cet égard, les mécanismes de cotisation par points peuvent être considérés comme une des solutions envisageables.

Ainsi, toute la législation relative à l'emploi, dans ses volets statutaires et sanitaires constitue un instrument de promotion de la sécurité sociale. Cependant, cette organisation de la main d'œuvre doit être accompagnée, pour garantir le caractère universel de la protection sociale, de mesures de gratuité.

L'autre volet du problème est en effet qu'une partie importante de la population d'Afrique ne dispose que de très faibles capacités contributives. Si l'on veut qu'elle soit aussi couverte contre les risques, il faut donc créer des mesures de gratuité mais aussi des programmes de transferts sociaux et monétaires cohérents.

Alors même que les économies africaines se sont développées deux fois plus rapidement ces dernières années qu'au cours des années 1980 et 1990, la pauvreté chronique reste le problème majeur du continent. La mauvaise redistribution des ressources, ainsi que l'accroissement des risques auxquels sont soumis les ménages entretiennent en effet l'existence d'une partie importante de la population vivant sous le seuil de pauvreté. C'est ce qui explique que si dans certains pays la pauvreté a diminué dans son ensemble, elle a augmenté pour les ménages les plus pauvres.

Pour ces laissés pour compte, soumis à l'insécurité alimentaire et à la vulnérabilité la plus grande en termes de santé ; pour ces familles incapables d'envoyer leurs enfants à l'école car ceux-ci leur fournissent une aide dont ils ne peuvent se séparer ; pour ces personnes dont le travail ne fournit qu'un revenu de subsistance irrégulier, il paraît impossible de créer des mécanismes de couverture sociale basés sur leur contribution financière. Il est donc nécessaire, pour ces populations, de mettre en place des systèmes de protection sociale non contributifs.

Les Conseils Economiques et Sociaux ont ici encore un rôle central à jouer. En s'investissant dans les programmes de lutte contre la pauvreté, ils peuvent apporter des préconisations aux gouvernements à la fois sur la réduction du secteur informel et sur la mise en œuvre de politiques de gratuité. A titre d'exemple, le CES du Bénin s'est autosaisi récemment sur le thème du secteur informel.

Centralisation et déconcentration ou décentralisation des systèmes de gestion des socles, et place des systèmes mutualistes, participatifs et privés.

Le quatrième grand défi en matière de protection sociale est de déployer efficacement les institutions chargées de la

gestion des régimes sur le territoire, et d'associer les bénéficiaires à leur gestion.

Une gouvernance efficace en matière de protection sociale ne peut se passer d'inclure les acteurs locaux, et de s'adapter aux différences entre les territoires.

Le premier impératif à cet égard est de coupler l'élaboration du droit à la protection sociale avec la création d'infrastructures locales capables d'en garantir l'application. Trop souvent, les personnes contribuant à un régime d'assurance n'ont pas accès dans la pratique à leurs prestations, car les guichets sont trop éloignés : c'est le cas pour les régimes de retraite notamment. Il arrive également que les centres sanitaires existants au niveau local soient dépourvus de moyens, matériels ou financiers, et donc incapables de fournir des soins aux personnes, alors même que celles-ci ont tous les droits pour les recevoir.

Au-delà des infrastructures, le caractère décentralisé du régime et l'implication des acteurs locaux dans la gestion des organismes de protection sociale est d'une importance fondamentale. De nombreux exemples montrent en effet que les systèmes trop centralisés provoquent des pertes d'efficacité importantes, notamment parce que le lien de proximité permet de transformer les bureaucraties rébarbatives en institutions vivantes et dynamiques. Un bon exemple de cela est le système d'assurance maladie au Rwanda, dont le succès est en grande partie dû à son organisation décentralisée. A chaque échelon de l'organisation territoriale (district, secteur, cellule), les décideurs locaux ont été mobilisés pour participer à la gestion des mutuelles de santé qui constituent la base du régime. Les bénéficiaires ont également des responsabilités, puisque chaque mutuelle dispose d'un comité élu, dont les membres siègent dans les conseils d'administration des hôpitaux.

Dans toute politique de protection sociale, les Etats doivent également prendre en compte les différences entre les territoires, notamment en termes de besoins. De fait, certains pays ont mis en place des dispositifs de protection sociale, mais en l'absence de dispositifs de péréquation, certaines zones qui ont de faibles besoins sont sur-financées, tandis que d'autres qui, à l'inverse ont des besoins importants, sont sous-financées. A

l'opposé, au Bénin, le régime d'assurance maladie universelle est assis sur un financement basé sur le résultat (FBR), ce qui veut dire que l'argent suit le patient : plus les établissements de santé attirent de bénéficiaires, et plus ils reçoivent de subventions. Ce type de mesures semble garantir une plus grande efficacité en pratique.

Dans la réponse au défi de la décentralisation des systèmes de gestion des socles, les mutuelles et les systèmes participatifs dans leur ensemble appellent aussi un investissement particulier.

Aucune organisation de la sécurité sociale n'est viable si elle ne s'enracine pas dans les pratiques usuelles. Or, la genèse de l'Afrique francophone est marquée par le mutualisme et la prévoyance : les placements volontaires et spontanés des paysans, artisans et petits commerçants, au sein de tontines, de caisses d'épargne et de mutuelles existent depuis longtemps sur le continent.

Il est donc primordial de donner toute leur place à ces dispositifs. En s'appuyant sur leurs réseaux, tout en leur accordant un important soutien financier et technique ; en leur laissant une importante marge de manœuvre, tout en les soumettant à des obligations en termes de prestations ; en les rendant même obligatoires, il est possible

d'étendre par leur intermédiaire la protection sociale à la grande majorité de la population. De fait, la mutualisation des risques n'est efficace que si elle est exécutée à l'échelle nationale, et gérée à l'échelle locale. Les exemples du Rwanda et du Bénin, qui ont créé des mécanismes d'assurance santé sur la base des mutuelles prouvent la grande efficacité de ce genre de mesures.

Ici encore, les Conseils Economiques et Sociaux ont beaucoup à offrir : composés des représentants des divers acteurs sociaux locaux, ils peuvent être les moteurs de la décentralisation, et intégrer dans la construction des régimes de protection sociale, la préoccupation de la proximité.

Les quatre grands défis qui viennent d'être décrits exigent, pour être relevés avec succès, des initiatives ambitieuses et innovantes. C'est pourquoi quatre tables rondes ont été organisées lors de ce colloque, chacune étant consacré à l'un d'entre eux. La première aura trait à la gouvernance nationale, la seconde aux mécanismes de financement pérennes et durables, la troisième au problème du secteur informel, et la quatrième à la décentralisation des régimes. Chaque fois, des experts de grande qualité interviendront, et partagerons leurs expériences, afin que nous puissions identifier les solutions qui, à l'épreuve de la pratique, se sont révélées efficaces.

TABLE RONDE 1

La gouvernance de la mise en œuvre des socles

Vendredi 19 septembre

La reconnaissance internationale de l'importance des politiques de socles de protection sociale se traduit par la, définition de programmes portés par plusieurs grands bailleurs internationaux, sans toujours la recherche d'une parfaite cohérence entre eux. Cette coexistence de programmes se traduit, à l'échelle des Etats, par des difficultés dans l'organisation d'une gouvernance cohérente.

Cette session cherchera à mettre en lumière les enjeux d'une gouvernance articulant les différentes politiques de socles de protection sociale, s'appuyant sur l'exemple des Etats qui ont mis en place des solutions intéressantes. Dans ce contexte, le rôle des CES, en tant qu'institutions républicaines chargées d'informer et d'élaborer des préconisations pour les gouvernements, pourra être mis en avant.

Modérateur – M. Siaka DIAKITE, Vice-président du CES du Mali





M. Moussa OUMAROU

Directeur du Département de Gouvernance et Tripartisme au Bureau International du Travail à Genève

Avant de commencer ma présentation, je voudrais d'abord mettre l'accent sur l'utilité des travaux de ce colloque, qui permettront d'enrichir les débats lors d'un autre colloque international qui se tiendra le mois prochain à Séoul, et qui regroupera les CES du monde entier autour du thème de la protection sociale.

Les évolutions du concept de bonne gouvernance

Le concept de gouvernance a longtemps été tenu en suspicion, notamment dans les années 1990, notamment parce qu'il faisait référence, à l'époque, à une série de conditions imposées aux pays en développement par certaines institutions internationales, en échange de leur soutien financier.

Depuis lors il y a eu une évolution : la gouvernance est progressivement devenue un aspect fondamental du renouveau politique, notamment sur le continent Africain. Un certain nombre d'engagements ont été pris, par exemple dans le cadre de l'Union Africaine, et on peut dire aujourd'hui que la gouvernance est considérée partout comme l'un des principes fondamentaux de toute politique. En témoignent les engagements pris par les Chefs d'Etat et de gouvernement de l'OUA lors du sommet de 2000 tenu à Lomé au Togo, le lancement du *New Partnership for Africa's Development* (NEPAD) en 2001, le sommet inaugural de l'Union Africaine tenu à Durban en 2002, ou encore l'adoption en 2003 du Mécanisme africain d'évaluation par les pairs (MAEP).

Quels sont les principes directeurs de la bonne gouvernance ?

La bonne gouvernance s'applique dans de nombreux domaines (économique, politique, administratif et institutionnel) et à de nombreuses échelles (locales, nationales ou

globales). Elle répond à cinq principes directeurs : la redevabilité, qui oblige les gouvernements à rendre compte de leurs politiques et de leurs dépenses, la transparence, la non-discrimination, la participation et l'efficacité.

Chacun de ces principes doit s'appliquer en matière de protection sociale. Par exemple, il a été démontré que le manque de redevabilité est un des obstacles majeurs à l'extension de la couverture sociale, puisque le fait que les cotisants n'aient aucune garantie que leur argent soit utilisé pour améliorer leurs conditions de vie désincite les populations à s'immatriculer auprès des caisses de sécurité sociale. De même, la non-discrimination renvoie immédiatement à l'exclusion, dans certains pays, de l'économie informelle des systèmes de sécurité sociale. La participation renvoie à des dimensions fondamentales des politiques de protection sociale, et notamment au rôle des Conseils Economiques et Sociaux, qui sont des enceintes de dialogue social, du fait de leur composition tripartite, voire quadripartite.

Comment définir la bonne gouvernance ?

Pour le Bureau International du Travail, la bonne gouvernance est « *un système de règles réellement appliquées et d'institutions qui fonctionnent vraiment et assurent une application appropriée de ces règles* ». Elle est également indissociable d'un corps de responsables qui rendent compte de la performance.

Par ailleurs, le BIT a promu un certain nombre de normes qui contiennent des indications quant à la gouvernance. Les conventions 102 et 202 mettent par exemple en exergue la responsabilité de l'Etat dans la promotion, la mise en œuvre et l'évaluation des socles de protection sociale, en mettant en avant quelques principes fondamentaux comme la pérennité financière, budgétaire et économique, la justice sociale et l'équité, la cohérence entre les institutions

qui sont chargées d'assurer les prestations sociales, le suivi régulier dans la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques et la participation tripartite.

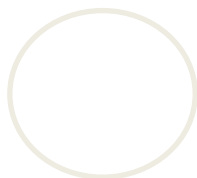
Comment assurer une bonne gouvernance dans la pratique ?

Les conséquences d'une mauvaise gouvernance sont nombreuses et parfaitement identifiables : limitation de la couverture des populations par les mécanismes de protection sociale et des ressources financières, faiblesse du niveau et de la qualité des prestations, inadéquation du ciblage des bénéficiaires, et responsabilités institutionnelles ambiguës affectant l'efficacité des institutions de protection sociale.

Pour éviter ces écueils, les gouvernements doivent avoir une vision globale du sujet qui leur permette de fixer des caps sur le long terme. Pour ce faire, il est important d'élaborer une Politique Nationale de Protection Sociale. Ensuite, les décideurs doivent faire un diagnostic de la situation, des forces et des faiblesses, ainsi que des contraintes administratives et financières,

afin d'orienter efficacement leurs initiatives. Un autre élément indispensable, c'est la mise en place d'un système de coordination, notamment au niveau interministériel, qui permette d'avoir une cohérence dans les programmes menés par les différents acteurs, ainsi que de prendre avantage de la coopération internationale. Dans la perspective d'un Etat de droit, où l'on promeut la transparence, des audits juridiques et financiers doivent aussi être exécutés au sein même de l'administration. Enfin, il est important de laisser aux personnes représentées et/ou aux bénéficiaires l'opportunité de formuler des réclamations.

Je voudrais, pour conclure, vous faire part de trois considérations institutionnelles incontournables en termes de gouvernance efficace. D'abord, la *séparation des fonctions*, qui permet d'éviter le dédoublement des tâches et des responsabilités. Ensuite, la *description claire des tâches et des responsabilités*, qui permet de responsabiliser les acteurs. Enfin, une *procédure de fonctionnement déterminée et comprise*, qui permet de réduire les risques de corruption.



Dr Maddou HAROUNA

Membre de la Commission des Affaires Sociales du CESOC du Niger

La protection sociale universelle est aujourd'hui une valeur cardinale des sociétés. Cependant, la traduction concrète de cette idée dans le quotidien des citoyens reste un défi majeur, notamment pour le continent Africain.

C'est pour cela que le Niger a élaboré en 2011 une Politique Nationale de Protection Sociale, qui affirme dans sa page 8 que « *la protection sociale englobe tout un ensemble d'investissements publics et d'initiatives, tant formels qu'informels, susceptibles directement de remédier aux risques, à la vulnérabilité et à la pauvreté chronique* ». L'idée d'une gouvernance dans la mise en œuvre des socles de protection sociale renvoie à la question : comment élaborer, mettre en

œuvre et contrôler efficacement les différents dispositifs de couverture des risques ?

Quelles ont été les principales mesures prises par le gouvernement nigérien face aux risques sociaux ?

Les principaux risques sociaux au Niger sont liés à la pauvreté, au handicap, aux maladies professionnelles, aux accidents du travail, à la vieillesse, à la retraite, au veuvage, à la perte d'autonomie, à l'emploi, au chômage, à l'insertion, au logement décent et à l'impact des catastrophes naturelles.

L'Etat du Niger a commencé à agir pour minimiser ces risques, en inscrivant le droit à la protection sociale dans la Constitution de

2010 et dans différentes lois qui ont été votées, en ratifiant plusieurs conventions et déclarations internationales relatives à la protection sociale et en élaborant plusieurs politiques nationales sur le sujet, dont celle de 2011.

Plus concrètement, l'Etat nigérien a organisé un forum national sur la protection sociale en 2013, élaboré un programme de développement économique et social (PDES) pour les années 2012-2015 qui prend en compte la protection sociale, et mis en œuvre l'initiative « *Les Nigériens nourrissent les nigériens (3N)* » qui vise à éradiquer l'insécurité alimentaire. Enfin, des régimes sociaux ont été créés, comme la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et pour les personnes infectées par des maladies comme le VIH ou encore la scolarité obligatoire et gratuite jusqu'à l'âge de 6 ans.

Quels sont les rôles et les missions du CESOC du Niger ?

Le CESOC est une institution consacrée par l'article 154 de la Constitution de 2010. Il assiste et donne son avis sur les questions qui lui sont soumises par le président de la République et l'Assemblée Nationale. Il est



Jean Marie SPAETH

Président du GIP SPSI représenté par M. Xavier CHAMBARD, Responsable de la coopération et de la communication du GIP SPSI

Le titre de la conférence, la « *mise en œuvre des socles de protection sociale universelle dans les pays francophones* », correspond tout à fait à la définition des socles que la France a défendue dans les discussions internationales qui ont précédé l'adoption de la recommandation n°202 du BIT en juin 2012 sur les socles nationaux de protection sociale. En associant la notion de socles à celle d'universalité, le titre souligne la dynamique des socles qui constituent les fondations, la 1^{ère} marche, d'un système universel de protection sociale.

Le thème de cette première table ronde, la gouvernance, représente un sujet important mais rarement traité. Or la plus grande

compétent pour examiner les projets et propositions de loi à caractère économique, social et culturel, à l'exclusion des lois de finances.

Le CESOC a pris conscience de l'importance fondamentale de la protection sociale, et opère depuis un plaidoyer actif pour qu'une nouvelle loi soit élaborée dans les domaines suivants : la sécurité alimentaire et nutritionnelle, la sécurité sociale, l'accès au travail et à l'emploi et aux infrastructures sociales de base et la mise en œuvre d'actions spécifiques en faveur des groupes vulnérables.

Au Niger, les groupes les plus vulnérables sont enlisés dans une spirale de vulnérabilité. L'investissement dans la protection sociale est le meilleur moyen de résoudre les inégalités qui entravent le développement social et économique du pays. En plus du projet de loi que le CESOC défend, je plaide donc pour l'instauration d'un fonds de solidarité pour la protection sociale, et j'ai le projet de rédiger un avis sur la gouvernance de la mise en œuvre des socles de protection sociale au sortir de ce colloque.

difficulté dans l'action publique n'est pas de fixer la cible à atteindre, mais de trouver les voies et moyens pour atteindre la cible définie. Avec la gouvernance, c'est la question de la cohérence du système et du rôle des différents acteurs qui est posée.

L'intitulé de ma présentation, « *l'exemple français et les leçons de la coopération montrent que la construction d'un socle de protection sociale est un processus par étape* », ne doit pas entraîner à une confusion. Par « *exemple* », il ne faut pas comprendre « *modèle* » à reproduire mais plutôt l'expérience et les enseignements qu'il faut tirer d'un système de protection sociale

ancien qui a déjà près de 70 ans et qui a connu des succès et des échecs.

La naissance du régime général de sécurité sociale en France

En France, la protection sociale dans sa forme actuelle est née aux lendemains de la Seconde Guerre mondiale. Elle est issue des réflexions menées dans la Résistance pour reconstruire la France après le conflit. Le droit à la protection sociale est d'ailleurs reconnu, depuis 1946, dans le préambule de la Constitution française. Les originalités du système de protection sociale tiennent pour une bonne part à son histoire qui remonte avant 1945. Aux mécanismes d'assistance publique et de prévoyance s'est progressivement substitué un système d'assurances sociales, mis en place à la fin du XIXe siècle et dans la première moitié du XXe siècle.

Il me semble important de rappeler la définition de la sécurité sociale qui figure dans l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 : « *La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère.* »

Aujourd'hui, nous ne parlons pas de « misère », mais de « pauvreté » et d'« exclusion ». La sécurité sociale se proposait donc de répondre aux risques inhérents à la vie dans une perspective de solidarité entre bien portants et malades, entre vieux et jeunes, entre personnes seules et personnes chargées de famille, etc. Dans cette perspective, chacun paie selon ses revenus et reçoit selon ses droits car la dignité de la personne est prise en compte.

De plus, chacun doit avoir le sentiment d'appartenir à une communauté humaine. Aujourd'hui encore la protection sociale est un puissant facteur de réduction de la

pauvreté. Toutes les études soulignent le rôle primordial du système de protection sociale sur la réduction de la pauvreté, ainsi que l'importance particulière des dispositifs de solidarité. En 2010, par exemple, l'action des transferts fiscaux et sociaux a permis de diminuer le taux de pauvreté monétaire de 8 points et de réduire l'écart entre riches et pauvres, contribuant ainsi fortement à la cohésion sociale.

Les quatre principes du système français de protection sociale

Même s'ils ont été adaptés au fil du temps, les grands principes du système français de protection sociale mis en place progressivement depuis sa création restent valables aujourd'hui et ils impactent la gouvernance du système :

1^{er} principe - l'universalité : l'ensemble des nationaux et des résidents sont couverts par le système et l'adhésion aux organismes de protection sociale est obligatoire. Pour autant, il ne faut pas croire que l'universalité a été atteinte en France dès 1945. Par exemple, sur le risque maladie, l'ensemble de la population n'a été couvert qu'en 2000, soit près de 55 ans après la création de la sécurité sociale en France, avec la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU), destinée aux plus pauvres qui n'étaient pas couverts par l'assurance maladie.

2^{ème} principe - la globalité : le système français couvre l'ensemble des aléas de la vie (santé, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, prestations familiales, dépendance, chômage etc.) Là aussi, le système français témoigne d'une progressivité dans la couverture des risques. Par exemple, le risque chômage n'était pas couvert par le système initial car le sujet n'était pas d'actualité en 1945. L'assurance chômage n'a donc été créée qu'en 1958.

3^{ème} principe - la solidarité : le système français de protection sociale est issu des assurances professionnelles mises en place avant la Seconde guerre mondiale. Mais il combine aujourd'hui cette approche assurantielle - avec en particulier des cotisations assises sur les revenus du travail - et des dispositifs reposant sur la solidarité et un financement collectif (comme par exemple le minimum vieillesse qui permet

aux personnes âgées en situation précaire de bénéficier d'un revenu minimum même si elles ne cotisent pas).

4ème et dernier principe qui fait directement écho à la question de la gouvernance du système : le principe de paritarisme. La quasi-totalité des organismes de protection sociale sont gérés par des représentants des assurés et des employeurs (ou ceux des professions indépendantes ou ceux des exploitants agricoles). Toutefois, la plupart des organismes sont placés sous la tutelle de l'Etat.

Le rôle croissant de l'Etat dans la gouvernance de la protection sociale

Ce dernier principe - le paritarisme - est toutefois en trompe l'œil et ne reflète pas exactement la réalité et les évolutions récentes. Aujourd'hui, seules les retraites complémentaires et l'assurance chômage continuent de relever en France d'une gestion strictement paritaire.

En 1945, les auteurs du plan français de Sécurité sociale ont rejeté l'idée d'un contrôle direct de l'Etat sur le système afin d'éviter le risque bureaucratique. Il s'agissait pour Pierre LAROQUE, le père de la sécurité sociale française, de « confier aux intéressés la gestion d'institutions et d'organismes qui (...) relevaient d'une gestion patronale ou d'une gestion commerciale » afin « d'éliminer cette autre atteinte de la dignité humaine qu'est le paternalisme privé ou étatique ». Pierre LAROQUE avait coutume de dire que la démocratie politique ayant été acquise, la sécurité sociale devait permettre de construire une démocratie sociale. En effet, si les prestations sont importantes, la manière dont les décisions se prennent l'est également.

Le mode de gestion paritaire sera rapidement revendiqué par les syndicats de salariés, tandis que le patronat, la mutualité, les mouvements familiaux mettront quelques années avant de l'accepter formellement. Dès la fin des années 1940 « la gestion démocratique » est devenue un droit acquis et toute atteinte ou menace d'atteinte aux prérogatives des conseils d'administration élus apparait comme une régression et suscite aussitôt une opposition très vive.

Aujourd'hui, l'Etat prend en charge la solidarité dont le domaine s'est considérablement étendu (maladie, famille et lutte contre l'exclusion), tandis que les partenaires sociaux gèrent le reste. En d'autres termes, l'Etat est devenu l'acteur principal dans les domaines où la solidarité nationale remplace peu à peu la solidarité professionnelle (protection maladie de base, prestations familiales, lutte contre les exclusions). Dans ces secteurs, les droits sociaux sont ceux des citoyens et non plus des travailleurs. Les prestations ne sont plus contributives mais sont en nature ou forfaitaires (services de santé ou allocations familiales), ou bien soumises à condition de ressources (prestations familiales, logement, minima sociaux) ; elles sont de plus en plus financées par de l'impôt sur tous les revenus (notamment par la CSG). L'Etat y joue désormais un rôle central avec le vote de la loi de financement de la Sécurité sociale notamment, au risque de soumettre ces secteurs aux logiques de restriction budgétaire.

La marge de manœuvre des partenaires sociaux est d'autant plus réduite que depuis 1996 a été institué un autre instrument de gouvernance important : les conventions d'objectifs et de gestion (COG), qui sont conclues entre l'Etat et les caisses nationales des principaux régimes de sécurité sociale et qui visent à assurer la cohérence entre les orientations de l'Etat et celles du service public de la sécurité sociale. Les partenaires sociaux ont toutefois gardé une autonomie d'action dans les domaines des assurances sociales (retraite, chômage, complémentaire maladie), où la contributivité des prestations a été accrue et où les cotisations sociales continuent d'assurer la majorité du financement.

Quelle gouvernance pour la protection sociale en France aujourd'hui ?

Les partenaires sociaux n'exercent donc plus exactement le rôle qui leur avait été dévolu en 1945. Leur fonction a été modifiée par les évolutions institutionnelles. En revanche, ils sont associés à la réflexion de fond par le biais des Hauts Conseils (Conseil d'Orientation des Retraites, Haut Conseil de la Famille, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale, etc.).

Dans ce cadre, le dialogue peut se nouer et les sujets peuvent mûrir car aucune décision n'est prise de façon immédiate. Ces instances permettent de conserver l'identité du système de sécurité sociale nonobstant le rôle central joué par l'Etat pour assurer la soutenabilité et la cohérence de l'ensemble.

La question de la gouvernance apparaît fondamentale pour la sécurité sociale et la protection sociale. Il s'agit en effet des rôles respectifs de la société civile et de l'administration. Ces rôles ont fluctué dans l'histoire de la sécurité sociale depuis l'après-guerre passant du paritarisme à un tripartisme implicite avec un rôle joué par l'Etat de plus en plus fort. L'enjeu consiste à réformer en toute transparence pour éviter au nom du pragmatisme de transformer le système sans le dire explicitement, ce qui se traduit par un fossé croissant entre le peuple et la démocratie représentative. D'ailleurs depuis une dizaine d'années, le fossé se creuse entre les citoyens et leurs représentants élus entraînant une remise en cause de la démocratie représentative et au-delà des mécanismes de gestion de la protection sociale. S'ajoute à ce phénomène la montée de l'individualisme et des corporatismes qui est aux antipodes des fondements de la sécurité sociale que sont la solidarité et l'universalité. En ce sens les conseils économiques et sociaux ont un rôle tout particulier à jouer dans leur position d'interface entre les gouvernements et la société civile.

Finalement, le mot gouvernance qui est au cœur de cette table ronde est à rapprocher de la confiance, de la démocratie et de la maîtrise financière. La difficulté pour vous qui construisez vos socles de protection sociale mais aussi pour la France dont le système à près de 70 ans consiste donc à tenir compte de tous ces éléments simultanément. Le lien entre le mode de gouvernance et les solutions financières

retenues qui seront au cœur des débats de la 2nde table ronde m'apparaît particulièrement important. L'exemple français en témoigne : ce mode de gouvernance peut évoluer dans le temps au fur et à mesure que se construit le système de protection sociale et qu'il évolue.

Enfin pour revenir sur un mot qui était au cœur des enjeux de gouvernance, celui de cohérence, je tiens à souligner que désormais les agences de coopération bilatérales et les organisations internationales cherchent à mieux coordonner leurs actions dans un souci de cohérence. Le GIP SPSI a ainsi le plaisir de participer aux travaux du réseau P4H sur le financement de la santé qui vous ont été présenté ce matin par Alexis BIGEARD. La semaine prochaine le GIP SPSI sera ainsi partie prenante de la mission P4H menée à Madagascar à laquelle participera d'ailleurs le président de la Caisse nationale française d'assurance maladie qui siège également au CESE. Le GIP participe aussi aux travaux pilotés par la Banque mondiale et le BIT sur les socles de protection sociale. Nous avons d'ailleurs avec le BIT une convention de coopération en appui aux socles de protection sociale qui permet la mobilisation d'expertise française. Enfin, le GIP SPSI s'intéresse aussi à une approche multisectorielle des socles, raison pour laquelle avec la FAO - dont une représentante interviendra demain - nous étudions les possibilités d'action commune.

N'hésitez pas à solliciter le GIP SPSI si vous souhaitez bénéficier d'un appui de l'expertise française. En janvier 2015, le GIP SPSI fusionnera avec d'autres opérateurs pour donner naissance à l'Agence française de l'expertise technique internationale. Je vous invite enfin toutes et tous à participer à nos rencontres annuelles, le 8 décembre prochain, qui seront consacrées au financement des socles de protection sociale. Vous trouverez plus d'information sur le site Internet du GIP SPSI : www.gipspsi.org



M. Jilai HAZIM

Représentant de la catégorie des personnalités es-qualité du Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc

Il est acquis aujourd'hui que la protection sociale est une triple exigence politique, économique et sociale. Elle constitue un levier de lutte contre la pauvreté et l'exclusion et permet d'assurer une cohésion sociale. En épousant cette logique, le Maroc s'est lancé dans la construction de son système de protection sociale en prônant la progressivité et en cherchant la globalité.

Aujourd'hui, le système marocain de protection sociale se compose de quatre régimes nationaux, huit mutuelles, de régimes internes et privés et d'un régime volontaire géré par les employeurs. Tous ces mécanismes permettent aux salariés des secteurs public et privé d'être couverts pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, accidents du travail et maladie professionnelles et offrent des prestations familiales.

Breve histoire du modèle marocain de protection sociale

Le système de protection sociale au Maroc existait bien avant la prise d'indépendance, notamment sous la forme de mutuelles. Il a connu ensuite une évolution importante, aussi bien sur le plan juridique qu'en matière de gestion et de contrôle, et ce en fonction des changements économiques et sociaux qu'a connus le Maroc et leurs impacts sur les besoins de la population.

Le système mutualiste existe depuis 1919

Les premières sociétés mutualistes ont été établies sous la forme de « mutuelles de services » par et pour les fonctionnaires français du Protectorat entre 1919 et 1946. Ces organisations se sont fédérées dès 1950 dans la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) qui allait aussitôt jouer le rôle d'union des mutuelles du secteur public.

Après l'indépendance, le secteur mutualiste a été renforcé par l'émergence de nouveaux acteurs à savoir la Mutuelle générale de

l'éducation nationale (MGEN) en 1963 et la Mutuelle des forces auxiliaires (MFA) en 1976. Depuis 1963, les mutuelles sont régies par une loi spéciale qui définit leur nature et leur rôle.

Les régimes de sécurité sociale à partir de 1959

Si la réparation des accidents du travail est régie au Maroc depuis 1927, le régime de sécurité sociale a été institué en 1959 au profit des salariés des secteurs de l'industrie, du commerce et des professions libérales. La première réforme du régime a eu lieu en 1972 en vue d'améliorer l'attribution des prestations, la gestion et faciliter les procédures. Elle a été suivie d'une seconde réforme en 2004.

Quant à la couverture médicale de base (CMB), elle est régie par la loi entrée en vigueur en août 2005, et se déploie en deux régimes ; un premier d'assurance maladie obligatoire (AMO) pour les actifs salariés et non-salariés et les titulaires de pensions et un second pour les économiquement démunis appelé régime d'assistance médicale (RAMED). Ce dernier régime a été généralisé le 13 mars 2012 après une expérience pilote dans une région en 2008.

Enfin, le système de retraite marocain se caractérise par la coexistence de cinq régimes à caractère général (régime des salariés du secteur privé : CNSS, régime des pensions civiles : CMR, régime des pensions militaires : CMR, régime collectif d'allocation de retraite : RCAR et le régime complémentaire facultatif pour les salariés du privé : CIMR).

La réparation des accidents de travail

A l'origine (1927), la réparation des accidents du travail ne concernait que les ouvriers d'entreprises industrielles. Cependant, le texte a été retouché à de nombreuses reprises, dans le sens d'une extension, d'une amélioration des procédures et d'une augmentation du taux des indemnités. Ses

dispositions furent ainsi étendues aux maladies professionnelles et aux accidents de trajet. En vertu des dispositions légales, « *est considéré comme accident du travail, l'accident quelle qu'en est la cause, survenu par le fait ou à l'occasion du travail* » : ainsi, quel que soit le motif de l'accident, le travailleur a droit à la réparation, par l'employeur, du préjudice qui en résulte.

Par ailleurs, la législation a institué trois fonds chargés, chacun dans son domaine d'action, d'accorder des indemnités et des allocations aux victimes des accidents du travail ou à leurs ayants droit. Un fond de garantie intervient pour se substituer aux employeurs non assurés et insolubles, un fonds de solidarité des employeurs prend en charge la réparation des accidents du travail résultant de faits de guerre, de mouvements populaires ou commis par des attroupements armés ou non armés, et un fonds de majoration des rentes – le plus important - compense l'érosion monétaire des rentes des accidents de travail et des maladies professionnelles en les majorant en fonction de l'évolution du coût de la vie.

L'alimentation de ces Fonds s'effectue au moyen de contributions des employeurs et leur gestion administrative, technique et financière a été confiée à la Caisse Nationale de Retraites et d'Assurances par la loi de finances de 2011.

L'indemnisation des maladies professionnelles

S'agissant des maladies professionnelles, l'assurance pour indemnisation n'est toujours pas obligatoire au Maroc. En 2002, la loi modifiant celle de 1963, relative aux accidents de travail, devait remédier à cette défaillance, mais elle n'a jamais été appliquée, en raison du manque de statistiques et des difficultés d'évaluer le risque. Aussi ce type d'assurance existe-t-il surtout dans les secteurs où le risque est très élevé.

La procédure d'indemnisation est similaire à celle des accidents de travail, sauf que la maladie professionnelle doit être déclarée par le salarié sur la base d'un certificat médical, doit résulter de l'activité professionnelle et apparaître dans la liste des pathologies fixées par les pouvoirs publics.

Nous assistons, malgré l'insistance du BIT, à une sous déclaration de ces maladies. En effet, elles sont encore méconnues sauf pour les maladies pulmonaires et dans les entreprises structurées, équipées de service de santé au travail. Cet état de fait est dû à la négligence, au manque de sensibilisation et à l'ignorance des salariés auxquels s'ajoute le facteur d'affirmation tardif des maladies liées à la profession (après plusieurs années d'exposition aux nocivités si ce n'est après le départ à la retraite).

A ce jour, le régime de couverture maladie (AMO) remplace les employeurs pour la prise en charge des maladies professionnelles lorsqu'il s'agit de maladies de longue durée (ALD). Dans le cas contraire c'est le salarié qui endosse les frais sachant qu'il ne perçoit dans ce cas que des indemnités pour congé de maladie.

La couverture du risque maladie

Concernant la couverture du risque maladie, le Maroc a démarré sa couverture universelle en novembre 2002 par l'adoption de la loi 65-00 portant code sur la couverture médicale de base (CMB). Cette loi a par ailleurs été un levier de développement de la protection sociale au Maroc du fait qu'elle est construite sur la base des six principes fondamentaux et universels, à savoir l'obligation, l'universalité, l'équité, la solidarité, l'interdiction de toute forme de discrimination et l'interdiction de la sélection du risque maladie.

Comme cela a déjà été mentionné, deux régimes ont été mis en place : l'assurance maladie obligatoire de base (AMO) basé sur les principes et les techniques de l'assurance sociale, au profit des personnes exerçant une activité lucrative, des titulaires de pension, des anciens résistants et membres de l'armée de libération et des étudiants, et l'assistance médicale (RAMED) fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population démunie.

A également été créée une autorité de régulation, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM). Celle-ci a pour mission l'encadrement technique de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et la gestion des ressources du Régime d'Assistance Médicale (RAMED).

Huit ans après sa mise en œuvre, le système CMB a permis de couvrir par l'AMO tous les

salariés et les retraités du secteur public dont la gestion est confiée à la caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS) et les salariés et titulaires de pension du secteur privé géré par la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS). Quant au RAMED, sa généralisation à l'ensemble des régions du pays a été lancée en mars 2012.

Les autres régimes de l'AMO sont au stade de mise en œuvre. Il s'agit notamment du régime des indépendants et professions libérales (environ 11 millions de bénéficiaires), du régime des étudiants (environ 600 000 bénéficiaires).

La population couverte actuellement dans le cadre de la couverture médicale de base, y compris celle régie par l'article 114, jusqu'à fin 2013, est de l'ordre de 18,2 millions soit 58% de l'ensemble de la population marocaine.

Le RAMED, quant à lui, bénéficie fin juillet 2014, à 7,2 millions de personnes soit environ 89% de la population éligible, ce qui leur permet d'accéder gratuitement à l'ensemble des prestations fournies par le réseau des établissements de soins publics.

Le secteur mutualiste

Le secteur de la mutualité au Maroc est important. Son rôle a été décisif dans le financement et l'accès de ses membres et de leurs ayants-droits à des équipements et des soins de santé du fait que les sociétés mutualistes ont opéré en tant qu'assureurs sociaux de première ligne.

Elles ont d'abord permis l'élimination de la barrière financière dans l'accès aux soins pour leurs bénéficiaires, en leur permettant l'accès gratuit ou à coût réduit aux soins. Ce faisant, elles soulagent aussi les charges du budget de l'Etat. Ensuite, le caractère non-lucratif de leur financement et le caractère non-sélectif de leur processus d'adhésion leur permettent de répartir le risque financier entre l'ensemble de leurs membres sans discrimination ni exclusion. Enfin, elles ont permis le développement d'une solide expertise en matière de couverture du risque maladie.

Les mutuelles sont par ailleurs profondément ancrées dans le paysage de la prévoyance sociale nationale et ont vocation à jouer un rôle clé dans le développement du système d'assurance complémentaire à la couverture

médicale de base. Toutefois, force est de constater qu'elles présentent des limites.

Les régimes de sécurité sociale au Maroc

Les régimes généraux de sécurité sociale

Le Maroc dispose d'un régime institué en 1972, dit régime de la sécurité sociale qui a pour but d'assurer la couverture sociale des travailleurs salariés du secteur privé, la protection contre les risques de suppression de revenu en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse ou de décès et l'octroi des allocations familiales et des allocations au décès. Les prestations sociales garanties bénéficient actuellement à 5,1 millions de personnes et concernent les prestations à court terme (Indemnités journalières de maladie et de maternité, Allocations au décès) et les prestations à long terme (Pensions d'invalidité, Pensions de vieillesse, Pensions de survivants). Les taux de cotisation à ce régime au 1er janvier 2014 est de 24,79 % de la masse salariale et sont répartis comme suit : 18,50 % contribution patronale et 6,29 % contribution salariale.

Le régime des pensions civiles qui couvre les personnels de l'Etat, des collectivités territoriales et de certains établissements publics est géré par la Caisse Marocaine des Retraites (CMR). Celle-ci assure aussi la gestion du régime des pensions militaires qui couvre les personnels des Forces Armées Royales et Forces auxiliaires, et le régime de retraite complémentaire et facultatif «ATTAKMILI» ainsi que des prestations réglementaires et conventionnées pour le compte de tiers. Le taux de cotisation pour le régime des pensions civiles est de 20% à part égale entre l'employeur et les fonctionnaires. A fin 2013, le nombre total des bénéficiaires du régime des pensions civiles géré par la CMR a atteint 272.156 contre 259.983 en 2012, enregistrant une augmentation de 4,68% par rapport à l'année précédente et de 9,08% par rapport à 2011.

Les régimes de retraite

Le Régime Collectif d'Allocation de Retraite (RCAR) couvre le personnel non titulaire de l'Etat et des Collectivités Locales, le personnel contractuel de droit commun, le personnel des établissements publics ou des sociétés concessionnaires et des sociétés et

organismes bénéficiant du concours financier de l'état ou de collectivités publiques, soit 194.895 actifs cotisants. Au cours de l'année 2013, une pension minimale garantie de 1.000 Dirhams par mois a été établie, et a profité à quelque 10.500 bénéficiaires, alignant ainsi le RCAR sur les autres régimes de retraite. Sur le plan financier, le RCAR bénéficie d'une assise actuarielle solide, avec un portefeuille financier de plus de 87 milliards de dirhams et un horizon de viabilité à 2041.

Le régime de retraite complémentaire du secteur privé, géré par la Caisse Interprofessionnelle Marocaine des Retraites (CIMR), n'a pas de caractère obligatoire. En effet, tout employeur peut décider d'en faire bénéficier son personnel à condition qu'il s'agisse de l'ensemble du personnel ou, au moins, l'ensemble d'une catégorie déterminée.

Ce régime couvre 304.193 actifs avec des taux de cotisation qui varient entre 6% et 13 % de la masse salariale et sont répartis à parts égales entre employeurs et employés (avec une surprime au niveau patronal). Les compagnies d'assurances privées proposent des régimes d'assurance retraite si l'employeur n'a pas opté pour la CIMR. Dans ce cas, la cotisation est supportée en totalité par le salarié.

Les autres mécanismes de protection sociale

En plus des régimes cités précédemment, le Maroc dispose d'autres mécanismes permettant de lutter contre la pauvreté et d'améliorer l'effectivité de la protection sociale.

Le premier de ces mécanismes est la *caisse de compensation* qui se charge essentiellement du soutien des prix des produits pétroliers liquides, du gaz de butane, du sucre et de la farine. Le gouvernement a cependant décidé, en janvier 2014, l'indexation totale des prix de l'essence et du fuel industriel en maintenant l'indexation partielle du gasoil. Pour ce dernier produit, un calendrier a été fixé en vue de réduire graduellement sa subvention unitaire. Cette réforme a généré une baisse de 25% des charges de compensation.

Le deuxième mécanisme, *l'Initiative Nationale de Développement Humain* (INDH), lancée en

2005, est un programme ambitieux visant à soutenir les populations les plus vulnérables à travers l'implémentation d'une série de programmes visant à faciliter l'accès aux équipements de base, à renforcer le capital humain, à créer des activités génératrices de revenus, et à appuyer le processus de développement local. Durant la période 2005-2010, l'INDH a enregistré des résultats encourageants. La démarche déconcentrée, participative et partenariale avec la société civile a créé une dynamique positive et a été saluée par les parties prenantes.

Un troisième mécanisme est le programme pilote de transferts monétaires conditionnels « *Tayssir* », lancé en 2008, visant à apporter une contribution financière à des familles pauvres, à condition que leurs enfants utilisent certains services sociaux, en l'occurrence l'école. Le but est d'agir sur l'abandon scolaire en neutralisant certains facteurs qui réduisent la demande pour l'éducation, tels que les coûts de scolarisation directs ou indirects. Le bilan est là encore fort encourageant. Ce programme a permis une baisse significative de l'absentéisme des élèves.

Le quatrième mécanisme est le recours aux outils de l'Economie Sociale et Solidaire qui contribuent à l'amélioration des conditions de vie des populations, dans le cadre d'un esprit de participation volontaire et d'initiative personnelle. Les acteurs de l'ESS que sont les associations, les coopératives et les mutuelles contribuent en effet à l'amélioration du revenu de leurs adhérents et à la garantie de leur bien-être économique et social.

De même, il convient de noter que le secteur marocain du microcrédit qui a connu l'une des plus importantes croissances durant ces dernières années contribue d'une manière significative à améliorer les conditions de vie des bénéficiaires. En effet, depuis le démarrage des premières opérations de prêts, le secteur a pu servir plus de 4,5 millions de bénéficiaires pour un montant total d'environ 39 milliards de DHS. Les Associations de microcrédit (AMC) sont classées « parmi les premiers employeurs du pays en direct (environ 6.000 emplois) et ont généré une masse importante d'emplois indirects.

Les défis du modèle marocain de protection sociale et les réformes que les pouvoirs publics ont mis en place pour y répondre

Malgré la diversité des régimes et des programmes mis en place, et bien que la protection sociale soit considérée désormais comme droit reconnu par l'article 31 de la Constitution de 2011, qui appelle à « *la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat* », plusieurs défis se dressent face au système.

Il s'agit principalement de mettre en place des stratégies d'extension des régimes de manière à réduire la part des dépenses de santé directes des ménages, d'améliorer le niveau des prestations actuelles et leur qualité, de garantir l'accessibilité économique et financière des systèmes de sécurité sociale, d'encourager la négociation collective afin d'aboutir à la conclusion des grands contrats sociaux concertés et équilibrés et enfin d'assurer la performance du système, notamment en repensant sa gouvernance dans le sens d'une meilleure gestion couplée à la reddition des comptes.

Cela passera par une généralisation concertée, un ciblage des dépenses publiques allouées aux différents régimes de façon à protéger les pauvres et à ne pas subventionner les riches et par une réforme fiscale fondée sur le partage équitable de l'effort contributif, ainsi que sur la lutte contre la corruption, la fraude et l'évasion fiscale.

Dans le cadre de la mise en place des composantes du socle de la protection sociale universelle marocaine, les pouvoirs publics, en concertation avec les acteurs économiques et sociaux, ont entamé ces dernières années une série de réformes visant à relever les défis suscités.

La réforme du secteur de la retraite

La réforme du secteur de la retraite est l'un des chantiers les plus importants et dont le processus a débuté en 2004 par la mise en place de deux commissions technique et nationale afin de mener une réforme des

régimes de retraite devant reposer sur un système bipolaire public/privé et précisant les conditions de généralisation de la prestation vieillesse, qui ne couvre aujourd'hui que 33% de la population en âge d'activité.

Cette réforme est d'autant plus urgente que la Caisse Marocaine de Retraite a atteint un "déficit croissant", qui est de 1,28 milliard de dirhams en 2014, avant de passer successivement à 24,85 MMDH en 2021, 45,66 MMDH en 2030 et 78,54 MMDH en 2061. Les mesures préconisées s'articulent autour de l'élévation progressive de l'âge de la retraite, l'augmentation en deux phases de la contribution de l'Etat et des adhérents et l'adoption du salaire moyen pour le calcul de la pension. Les négociations sont en cours avec les partenaires sociaux qui demandent une réforme progressive qui garantit la préservation des droits et acquis des fonctionnaires et le CESE a été saisi par le Gouvernement fin septembre 2014 pour émettre un avis sur la réforme paramétrique portée par deux textes législatifs.

La réforme de l'assurance maladie

Concernant la couverture médicale de base, en dépit des avancées de la loi 65-00, le défi principal auquel le Maroc est confronté est celui de la réduction de la part des dépenses directes des ménages qui avoisinent les 50% des dépenses globales de santé. La principale contrainte qui pèse lourdement sur la mise en œuvre de la CMB étant le maintien de l'équilibre financier face à une augmentation sans cesse des dépenses (17% annuellement par rapport à 10% d'augmentation annuelle des recettes) accentuée par la tendance à la multiplicité des régimes et leur cloisonnement. L'accompagnement de ce chantier par le renforcement des investissements en matière de santé principalement dans le monde rural est aussi une des clés de réussite de la couverture universelle.

Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), qui enregistre une dynamique au profit des populations les plus vulnérables (82% de bénéficiaires en situation de pauvreté dépassant de loin les prévisions initiales de 45%), a aussi besoin d'une nouvelle vision de la gestion et de gouvernance par ailleurs programmée dans la feuille de route de l'ANAM pour la période 2014 – 2018. Il s'agit principalement de revoir le processus

d'éligibilité par la mise en place d'un mécanisme de fiabilisation des déclarations des postulants, d'alléger le parasitage du RAMED en permettant à certaines catégories d'intégrer rapidement l'AMO, de confier la gestion du RAMED à un organisme gestionnaire indépendant du Ministère de la Santé et sous le contrôle de l'ANAM, de recourir à la contractualisation avec les prestataires publics pour plus d'accessibilité aux soins et pour la maîtrise de dépenses du RAMED, etc.

La réforme des mutuelles

Quant à la réforme des mutuelles qui s'appuie sur le projet de loi n° 109-12 portant code de la mutualité qui est déjà mis dans le circuit législatif pour approbation, elle vise à doter le secteur de la mutualité de procédures nouvelles, nécessaires à sa modernisation afin de renforcer sa contribution au développement de la protection sociale et de l'économie sociale dans notre pays.

Le CESE a émis son avis sur ce projet dans lequel il a appelé les pouvoirs publics à activer le processus législatif en tirant avantage du dialogue social et en dynamisant le secteur à travers la création d'unions et de fédérations de mutuelles.

L'indemnité pour perte d'emploi

La mise en place de l'Indemnité pour perte d'emploi a été actée fin 2013 et un projet de

loi est actuellement en cours d'approbation dans le circuit législatif. Il vient en application de la convention 102 de l'OIT portant sur les normes minimales de la sécurité sociale signée en 2012 par le Maroc, mais aussi en application des articles 53 et 59 du Code du travail ainsi que les engagements du gouvernement lors du dialogue social en avril 2011.

Il a été élaboré pour permettre aux salariés affiliés à la CNSS, qui ont perdu leur emploi pour des raisons indépendantes de leur volonté, de bénéficier d'une indemnité financière pendant 6 mois, sous réserve de remplir les conditions requises. Pour bénéficier de l'IPE, le salarié devra justifier de 780 jours de cotisation, dont 260 jours durant l'année qui précède la perte d'emploi, en plus d'être inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Agence Nationale de Promotion de l'Emploi et des Compétences (ANAPEC).

Selon ce projet de loi, le montant de l'indemnité est fixé à 70% du salaire mensuel moyen des 36 derniers mois précédant la perte d'emploi, sans dépasser 100% du SMIG. Le salarié a le droit, de profiter une nouvelle fois de l'IPE s'il remplit les conditions requises, et continue de bénéficier des allocations familiales et de l'AMO tout au long de la période d'indemnisation.



M. Adam Dramane BATCHABI

Conseiller technique au sein de l'Institut National de l'Assurance Maladie du Togo

En matière de protection sociale, divers parties prenantes interagissent : l'Etat, les partenaires sociaux, les individus, les entreprises, les partenaires techniques et financiers, les ONG, les institutions de protection sociale et bien d'autres. Au sein de l'Institut National de l'Assurance Maladie du Togo, nous comprenons la gouvernance comme « *l'ensemble des interactions entre ces différentes parties prenantes pour la mise en œuvre efficace des systèmes de protection sociale* ».

Le manque de coordination entre les parties prenantes

La gouvernance constitue une question primordiale dans beaucoup de pays d'Afrique, où il existe une vraie incohérence entre l'ensemble des programmes de protection sociale qui sont mis en place par les différentes parties prenantes.

En effet on remarque souvent, au niveau national, l'absence d'une politique et d'une stratégie claire. Le résultat est une grande

fragmentation dans les systèmes de protection sociale, et une efficacité très réduite. Par exemple, comme la protection sociale n'est pas attribuée à un ministère en particulier, les initiatives se dédoublent, et les acteurs entrent en concurrence sur leurs attributions. Ce manque de clarté s'aggrave lorsque les différents acteurs n'ont pas la même conception de la protection sociale (par exemple si les mécanismes doivent être contributifs ou non) et entrent en conflit.

A ce manque de cohérence au sein des gouvernements s'ajoutent les diverses logiques d'intervention des partenaires techniques et financiers, qui ne cherchent pas toujours à coordonner leurs initiatives avec ce qui existe déjà au niveau local, qu'il s'agisse de programmes gouvernementaux ou d'initiatives menée par d'autres partenaires.

Il est donc indispensable de traiter la question de la gouvernance pour éviter tous ces écueils, et ce, dès le début du processus de mise en œuvre des socles de protection sociale. Cela signifie qu'une série de questions doivent être résolues dès le départ, en ce qui concerne le périmètre de la protection sociale, l'unicité ou la pluralité des dispositifs, le choix dans les mécanismes de financement, etc.

Formulation et coordination des politiques de protection sociale

Il existe plusieurs manières d'organiser la gouvernance en matière de protection sociale.

D'abord, il est important de rassembler toutes les parties prenantes au sein de comités ou de groupes de travail nationaux, afin qu'elles coordonnent efficacement leurs initiatives. En Afrique, des progrès importants ont été faits en la matière, mais souvent, ces comités/groupes ne sont que des formalités, car ils ne disposent pas de budgets suffisants pour fonctionner efficacement. Il arrive assez souvent qu'ils n'aient pas les moyens ne serait-ce que d'organiser des réunions. Il est donc important de veiller à ce qu'il y ait une ligne budgétaire qui appuie leurs activités.

Au Togo par exemple, le gouvernement a mis en place un comité national de promotion de la protection sociale, composé de l'ensemble des ministères impliqués, des partenaires sociaux, techniques et financiers. Le financement ce comité étant assuré

correctement, toutes les activités dans le domaine de la protection sociale doivent y être approuvées avant d'être mises en œuvre. Il est également important que des groupes de travail soient constitués au niveau régional : par exemple, il a été mis en place, dans le cadre de l'UEMOA, un groupe de travail sur la couverture du risque maladie, avec des relais nationaux. Périodiquement, les membres de l'UEMOA se réunissent dans ce groupe, et discutent des questions de protection sociale. Une telle instance permet d'éviter le manque de synergies entre les actions entreprises par les Etats.

Ensuite, il est indispensable de formuler des stratégies nationales de protection sociale, adaptées au contexte local. Là aussi des progrès importants ont été faits, même si la mise en œuvre de ces stratégies n'est pas toujours chose aisée.

Quelques exemples de bonne gouvernance : le Gabon, le Rwanda, le Togo et le Maroc

Le Gabon

Au Gabon il a été mis en place une Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale (CNAMGS). Cette caisse assure la prise en charge des différentes catégories de la population, à savoir les fonctionnaires, les salariés du secteur privé, et ce qu'on appelle les Gabonais Economiquement Faibles⁷. Il y a donc un seul système pour tous, ce qui évite toute fragmentation.

En plus d'assurer une couverture pour toute la population, la CNAMGS gère la quasi-totalité des risques sociaux, depuis la santé jusqu'aux allocations familiales. Cela veut donc dire qu'un bailleur de fonds qui veut investir dans un programme de protection sociale au Gabon ne peut pas le faire sans passer par la CNAMGS, où se concentrent l'ensemble des informations et des financements.

⁷ Pour plus d'informations sur le cas du Gabon, se référer à l'étude provisoire sur les socles de protection sociale en Afrique subsaharienne, en annexes.

Le Rwanda

Le système rwandais est organisé en deux niveaux. Le premier concerne uniquement le secteur formel, qui est pris en charge par la *Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA)* ou *l'Assurance Médicale pour les Militaires (MMI)*. Le second concerne les personnes appartenant au secteur informel, et se base sur un système de mutuelles de santé.

La particularité au Rwanda est que la coordination de ces deux niveaux de couverture passe par un Fonds national de solidarité. Celui-ci dispose d'un organe de supervision, composé des représentants de la RAMA, de la MMI, des mutuelles et du gouvernement. Son financement, assuré depuis différentes sources, permet entre autres de subventionner la couverture sociale des indigents. Ainsi, comme au Gabon, tous les bailleurs de fonds qui prennent des initiatives doivent passer par le Fonds national de solidarité.

Le Togo

Lorsque le gouvernement togolais a mis en place l'Institut National d'Assurance Maladie, il a prévu dans la loi de créer un conseil de surveillance, formé de représentants des cinq ministères qui sont directement impliqués dans le domaine de la protection sociale. Le rôle de ce conseil est de veiller à la bonne mise en œuvre de la politique d'assurance maladie.

Le conseil d'administration est quant à lui composé de représentants du gouvernement et des partenaires sociaux. Aujourd'hui, les premiers affiliés sont les travailleurs du secteur formel, mais à partir de 2015, les personnes du secteur informel seront eux aussi affiliés, et alors ils auront eux aussi des



M. Constant MIGAN

Membre du CES du Bénin

Après analyse, il apparaît que le dispositif traditionnel de protection sociale au Bénin est

représentants au sein du Conseil d'Administration.

Le Maroc

Au Maroc, il a été mis en place une Agence Nationale d'Assurance Maladie, chargée de la régulation de la coordination de l'ensemble du système. Les régimes d'assurance maladie pour les travailleurs du secteur formel et du secteur informel (AMO et RAMED) sont placés sous la supervision de cette Agence, ce qui évite, là encore, des fragmentations.

Les conditions de réussite pour la bonne gouvernance en matière de protection sociale

On peut lister une série de conditions pour la bonne gouvernance en matière de protection sociale.

La première condition, c'est le dialogue national. Les comités de travail doivent être les plus représentatifs possible des parties prenantes.

La seconde condition, c'est l'intégration du socle de protection sociale dans les documents nationaux de politique pour la réduction de la pauvreté ou pour le développement économique et social.

Enfin, la troisième condition est l'existence de financements innovants. Dans ce domaine, les CES ont un rôle fondamental à jouer, notamment dans l'appréciation de la faisabilité politique de nouveaux prélèvements fiscaux : je pense par exemple aux taxes spécifiques sur les opérateurs mobiles ou bien aux mécanismes de redistribution des revenus.

en grande partie inefficace. De fait, il ne parvient pas à assurer une protection

adéquate dans un contexte de modernisation, d'urbanisation et de vulnérabilité à de grands chocs covariants, qui exige des mécanismes plus formels et plus efficaces avec un rôle important de l'Etat.

Aussi, seulement 6,4% de la population économiquement active est couverte par les deux régimes formels de sécurité sociale existants au Bénin, à savoir le Fonds national de retraite du Bénin et la Caisse nationale de sécurité sociale. Une bonne partie de la population reste donc privée de l'accès aux services sociaux de base et aux opportunités économiques.

En vue de réduire ce grand écart, plusieurs actions en termes de renforcement du socle de protection sociales ont été mises en œuvre au Bénin.

Elaboration d'une politique holistique de protection sociale au Bénin

En premier lieu, le Gouvernement du Bénin, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers et de la Société Civile, a prévu dans la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRIP 2011-2015), le renforcement de la protection sociale à travers trois mesures essentielles que sont l'amélioration de la gestion et du pilotage des questions de protection sociale, la mise en place d'un socle de protection sociale et le renforcement et l'extension des systèmes de sécurité sociale.

Ensuite, le gouvernement béninois s'est doté, au début de cette année 2014, d'une politique holistique de protection sociale, qui a pour but d'intensifier les mesures en faveur des groupes les plus vulnérables, de renforcer le système d'assurance sociale et d'améliorer le cadre législatif et réglementaire de la protection sociale au Bénin.

L'objectif du gouvernement est qu'à l'horizon 2025, le Bénin soit une nation solidaire qui protège les populations et notamment les couches sociales les plus vulnérables contre les risques économiques et sociaux.

Pour atteindre ces objectifs, certains axes stratégiques ont été identifiés. Il s'agit de la promotion des transferts sociaux directs, de l'accès universel aux soins de santé et aux services essentiels, de l'accès à l'éducation, de l'accès à l'emploi et au revenu, de la promotion de la famille et de la femme, de la

protection et du développement de l'enfant, du renforcement des mesures de gratuité et de subventions et de l'amélioration de la gestion des catastrophes en faveur des groupes les plus vulnérables.

Quelques actions phares mises en œuvre au Bénin

Au Bénin, quelques actions phares ont été mises en œuvre pour la réalisation effective du socle de protection sociale.

Premièrement, des transferts monétaires ont été mis en place, sous la forme de crédits offerts par le Ministère en charge de la Famille et le Ministère en charge de la microfinance, ou bien par certaines ONG comme le Mouvement des Travailleurs Chrétiens (MTC).

Ensuite, des programmes alimentaires ont été déployés, sous des formes différentes, comme les ventes de vivres alimentaires à prix subventionnés par l'Office National pour la Sécurité Alimentaire (ONASA), les cantines scolaires, l'assistance aux victimes des inondations, aux confections musulmanes lors des carêmes, la subvention et la distribution des intrants agricoles, etc.

Des programmes à haute intensité de main d'œuvre ont été créés, afin de limiter le chômage et d'augmenter les ressources des ménages pauvres (Exemples : le Programme Appui au Secteur Routier, le Programme de Gestion Urbaine Décentralisée, l'Agence d'Exécution des Travaux Urbains ...)

Des subventions aux prix sont pratiquées, notamment pour le pétrole et l'électricité. Lors de la crise alimentaire de 2009-2010, le Gouvernement a procédé à l'exemption partielle de droits de douane sur les produits vivriers.

Le gouvernement a introduit plusieurs mesures de gratuité. Ainsi, le fonds des indigents permet aux plus vulnérables de bénéficier gratuitement des soins hospitaliers. La césarienne, et les soins de paludisme sont aussi gratuits. Quant aux frais de scolarisation, ils ont été supprimés pour l'enseignement primaire et pour certaines facultés.

La promotion de la femme et de la non-discrimination entre les genres est aussi considérée comme une priorité par le

gouvernement, qui met en œuvre depuis 2010 un plan d'actions en la matière (installation de points focaux genre dans tous les ministères, création d'un Comité national pour l'équité et l'égalité du genre, etc.)

Enfin, le gouvernement a mis en place l'assurance-maladie à travers le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). Le projet de loi et ses décrets d'application ont été élaborés et tous les acteurs impliqués ont été sensibilisés. Une ligne budgétaire a été inscrite pour son financement dans le projet du budget général de l'Etat, gestion 2015.

A savoir également qu'en mars 2014, plusieurs mouvements sociaux impliqués dans la protection sociale au Bénin (ONG, organisations syndicales et autres) ont uni leur force pour donner naissance au *Réseau National Multi-acteur de Protection Sociale au Bénin*. L'objectif principal de ce réseau est de veiller efficacement sur les droits sociaux des béninois.

Rôle des conseils économiques et sociaux dans la mise en œuvre des socles de protection sociale

La mise en œuvre d'un socle de protection sociale étant un processus complexe, impliquant des restructurations juridiques ou institutionnelles, les CES, en tant qu'institutions constitutionnelles et républicaines, ont un rôle majeur à jouer en fournissant aux décideurs des analyses pertinentes et nourries du dialogue au sein de la société civile.

D'abord, les CES doivent mener des études pertinentes, en termes de recherche des forces et faiblesses des systèmes nationaux de protection sociale en vue de faire des recommandations objectives dans le sens de l'adaptation de ces systèmes à l'évolution des problèmes qui naissent de la survenue des crises (économiques, énergétiques, alimentaires, politiques, etc.). Dans ce sens, les CES doivent être très actifs dans les auto-saisines sur les sujets d'importance. Ils ne doivent pas attendre d'être saisis par les Gouvernements sur les questions d'actualité avant de se prononcer, car ces derniers, avec la raréfaction des ressources financières, évitent de prendre des mesures qui vont alourdir les charges publiques.

Ensuite, les CES doivent contribuer au développement du partenariat (public-privé et international) en vue de la mobilisation des ressources nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre des socles nationaux de protection sociale. La nécessité d'une telle contribution réside dans le fait que dans de nombreux pays en développement, les requêtes provenant des pouvoirs exécutifs, pour être prises au sérieux, méritent d'être avalisées par des institutions dont l'honorabilité n'est pas mise en cause par des antécédents fâcheux. D'ailleurs, les CES sont des assemblées constituées de catégories socio-professionnelles (association des opérateurs économiques, syndicalistes, avocats, etc.) diverses qui inspirent souvent confiance aux bailleurs de fonds. Les CES, de par leur configuration, constituent donc un label à valoriser dans la mise en place d'un partenariat national et mondial pour le développement par les SPS.

Contribution du CES du Bénin dans la mise en œuvre du socle de protection sociale

Loin des polémiques et des débats partisans, le CES béninois a pris une série d'initiative en matière de protection sociale.

Au niveau des sujets d'auto-saisine

Le CES a réalisé de nombreuses études, dont voici quelques exemples, qui témoignent par ailleurs de la variété des sujets pouvant être abordés en matière d'amélioration du bien-être social.

Une étude intitulée "la contribution du CES à la décrispation sociale nationale", est intervenue en pleine période de crise sociale où gouvernement et syndicats se regardaient en chiens de faïence. Après un examen approfondi des différents compartiments de la crise, les Conseillers au CES ont fait des recommandations au Chef de l'Etat qui les a mises en application, ce qui a conduit à l'apaisement en 2010.

En cette même année, notre pays a été secoué par une grave crise socio-économique née de l'activité illicite de placement d'argent. Dénommée « Affaire ICC-SERVICES et consorts », cette crise a eu des répercussions fâcheuses sur la quasi-totalité des familles béninoises et ses conséquences continuent de se faire sentir surtout au niveau des couches

moyennes et les plus défavorisées des populations béninoises. Le CES, Assemblée la plus représentative des couches socio-professionnelles du pays, sensible à une telle tragédie, s'est autosaisi du sujet pour faire des propositions concrètes au Président de la République et au Bureau de l'Assemblée Nationale dans le but d'aider à soulager les souffrances des épargnants spoliés et surtout pour éviter qu'un tel événement survienne à nouveau dans notre pays.

Une étude sur "la problématique de l'alimentation des béninois" a permis aux Conseillers de faire une analyse critique de la situation alimentaire des béninois, des impacts induits par cette problématique mais aussi de préconiser des mesures pour une meilleure alimentation des béninois et une promotion de la consommation des produits locaux.

Le CES s'est aussi autosaisi de "la problématique de l'évacuation sanitaire hors du pays", afin de contribuer à l'amélioration du système sanitaire et de la pratique médicale au Bénin. Il a formulé des recommandations aux pouvoirs exécutif et législatif en mettant l'accent sur l'accès équitable des citoyens à des soins de santé de qualité et de faire de l'évacuation sanitaire hors du territoire national une vraie exception et non la règle, avec pour objectif l'amélioration du plateau technique sanitaire béninois.

Aussi, constatant la ruée inquiétante sur les terres arables, le CES s'est-il autosaisi de "la problématique de la dévolution du foncier au Bénin". Face aux impacts induits (menace pour la paix sociale, paupérisation d'un grand nombre de populations) par cette insécurité foncière, l'Institution a recommandé de nouvelles approches de sécurisation foncière en vue de sa meilleure exploitation.

Au regard de la gestion actuelle des ressources en eau au Bénin, de l'ampleur et de la gravité de ses impacts juridiques, socio-économiques et environnementaux, le CES,

en s'autosaisissant du sujet intitulé "la gestion de l'eau au Bénin : enjeux et perspectives", a préconisé des mesures tant aux plans juridique et institutionnel, socio-économique, technique, sanitaire, qu'environnemental.

Le Conseil Economique et Social s'est récemment préoccupé de la question sensible de l'emploi à travers une recherche-diagnostic sur le thème : « *la problématique de l'emploi des jeunes au Bénin : enjeux et perspectives* » en terme de la nécessaire réduction du chômage dans lequel végètent aujourd'hui près de 1 000 000 de jeunes demandeurs d'emploi sur près de 2 200 000 inscrits dans la population active, soit un taux de chômage effectif d'environ 44%.

Enfin, le CES a réalisé une étude sur le système des retraites au Bénin en rapport avec la politique nationale en matière des salaires à travers le thème : « la politique salariale et le système de retraite au Bénin : état des lieux et perspectives ». A l'issue de l'étude de ce sujet d'auto-saisine, une quinzaine de recommandations a été formulée à l'endroit du Gouvernement et du Bureau de l'Assemblée Nationale.

Ces divers exemples montrent que, loin de se confiner dans son obligation constitutionnelle qui est celle de donner des avis consultatifs au Président de la République et au Bureau de l'Assemblée Nationale sur des sujets à caractère économique, social, culturel, environnemental et technique, le CES du Bénin, s'est engagé dans plusieurs activités de développement socio-économique. Ses interventions s'inscrivent dans une logique de veille citoyenne, de prévention des conflits, de promotion de la bonne gouvernance et de préservation de la paix sociale.

Vive la mise en œuvre des socles de protection sociale dans les pays francophones et dans le monde entier !



Mme Sandra RATJEN

*Conseillère juridique principale au sein du programme des droits économiques sociaux et culturels à la Commission Internationale des Juristes, représentée par **Mme Couty FALL**, Coordinatrice du programme régional sur l'emploi des jeunes et la cohésion sociale en Afrique subsaharienne*

Ma présentation consistera à présenter la perspective du droit international des droits de l'homme sur la question de la sécurité et de l'assistance sociale.

Cette perspective a toute sa place dans cette conférence, et ce pour plusieurs raisons. D'abord parce que tous les Etats des acteurs représentés ici sont parties à des instruments internationaux pertinents, dont le Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels. Ensuite parce qu'actuellement, la question des socles de protection sociale est très présente dans la promotion internationale des droits de l'homme. Cette actualité se retrouve notamment dans le débat de l'intégration des droits de l'homme dans les objectifs de développement durable et dans le nouvel agenda pour le développement, mais aussi, dans le travail du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies sur les socles de protection sociale qui est en train de se mener en application de la résolution A/HRC/RES/25/11 de mars 2014.

L'approche fondée sur les droits de l'homme a donc une valeur intrinsèque. Comme le rappelle l'experte indépendante des Nations Unies sur la question des droits de l'homme et de l'extrême pauvreté, Mme Magdalena Sepúlveda, dans son rapport à l'Assemblée Générale de l'ONU en 2009: « *Assurer l'accès à la protection sociale n'est pas une option politique ni un geste de charité, mais une obligation consacrée dans le droit international des droits de l'homme. Les crises précédentes [celle financière et économique de 2007-2008] ont même montré qu'il s'agit là d'une décision économique avisée* »

Que peut nous apporter l'approche fondée sur les droits de l'Homme ?

Cette approche a aussi une forte valeur « instrumentale » ou « pratique ». Pour le montrer, je me baserai en particulier sur le PIDESC, le Pacte International relatif aux

Droits Economiques, Sociaux et Culturels, qui est le texte contraignant appliquant et précisant la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme qui garantissait dès 1948, le droit de tous à la sécurité sociale (article 22 DUDH) et celui de tous à la sécurité en cas de chômage, maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. » (article 25.1 DUDH).

Le travail de l'experte indépendante sur la question des droits de l'homme et l'extrême pauvreté, devenue Rapporteuse spéciale dont le mandat de l'ONU a été soutenu principalement par la France, est aussi d'une grande importance pour nos discussions.

Ces instruments ne sont pas que des déclarations de principes : ils offrent un cadre, des outils pour l'élaboration, l'évaluation et le suivi des politiques publiques telles que celles dans le domaine de la protection sociale. En particulier, ils permettent de développer ou mettent à disposition des acteurs engagés dans la mise en œuvre des socles de protection sociale des grilles de vérification, des indicateurs, des principes, et des directives.

L'observation générale no.19 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies

L'observation générale no.19 de 2008 définit le contenu normatif que devrait prendre le droit à la sécurité sociale dont le contenu essentiel correspond très largement au concept de socles de protection sociale.

Elle définit ainsi très précisément les prestations que doit couvrir la sécurité sociale :

« Le droit à la sécurité sociale englobe le droit d'avoir accès à des prestations, en espèces ou en nature, et de continuer à en bénéficier, sans

discrimination, afin de garantir une protection, entre autres, contre: a) la perte du revenu lié à l'emploi, pour cause de maladie, de maternité, d'accident du travail, de chômage, de vieillesse ou de décès d'un membre de la famille; b) le coût démesuré de l'accès aux soins de santé; c) l'insuffisance des prestations familiales, en particulier au titre des enfants et des adultes à charge. »

Toutefois, le Comité DESC reconnaît la marge d'appréciation que les Etats ont dans le choix des systèmes qu'ils veulent mettre en œuvre. Il peut s'agir :

- *De systèmes contributifs ou de systèmes d'assurance tels que les assurances sociales expressément mentionnées à l'article 9. Ceux-ci supposent généralement le versement de cotisations obligatoires par les bénéficiaires, les employeurs et parfois l'État, conjugué au financement des prestations et des dépenses administratives par une caisse commune.*
- *De systèmes non contributifs tels que les systèmes universels (qui garantissent en principe la prestation adéquate à toute personne exposée à un risque ou aléa particulier) ou les systèmes d'assistance sociale ciblés (dans le cadre desquels des personnes dans le besoin reçoivent des prestations). Dans presque tous les États parties, des systèmes non contributifs seront nécessaires car il est improbable qu'un système d'assurance parvienne à couvrir chacun de façon adéquate.*
- *D'autres formes de couverture sociale sont aussi acceptables, notamment a) les régimes privés et b) les assurances personnelles ou d'autres mesures telles que les assurances communautaires ou mutualistes. Quel que soit le régime choisi, il doit être conforme aux éléments essentiels du droit à la sécurité sociale et, de ce fait, doit être considéré comme concourant à la sécurité sociale et être protégé par les États parties conformément à la présente Observation générale. »*

Outre les aléas et risques couverts, l'observation générale indique les éléments constitutifs que devrait avoir tout système de

sécurité sociale, tels que les conditions d'admissibilité raisonnables ; l'accessibilité économique et physique aux cotisations et/ou prestations, etc.

Même si le Comité DESC reconnaît le caractère progressif d'une mise en œuvre de systèmes de protection sociale toujours plus élaborés, il insiste sur le fait que la priorité doit être donnée aux individus et groupes les plus marginalisés et défavorisés ; à la réalisation, notamment, du droit à être à l'abri de la faim et du droit à des soins de santé de base ; à la non-discrimination, notamment entre hommes et femmes ; ainsi qu'à l'élaboration d'une stratégie nationale pour la mise en place et l'amélioration des systèmes de protection.

Conscient des contraintes de ressources financières et humaines, le Comité rappelle le rôle de la coopération et de l'assistance internationale ainsi que l'optimisation des ressources nationales. A cet égard, l'experte indépendante de l'ONU sur la question des droits de l'homme et de l'extrême pauvreté, Mme Magdalena Sepúlveda, explore les avantages financiers et administratifs, et la faisabilité des systèmes universels de couverture des risques de base.

En général, il est important de noter que c'est sur cette base et dans ce cadre normatif que les Etats parties qui sont examinés par le Comité DESC devront discuter de leurs progrès et de leurs difficultés. C'est le cas notamment du Maroc qui présentera et discutera de son rapport au Comité en septembre 2015.

Les outils de suivi et de mise en œuvre juridique

Les principes fondamentaux de droits de l'homme (principes de transparence, non-discrimination, obligation de rendre des comptes, participation, etc.) permettent d'orienter les politiques publiques dans le domaine de la sécurité sociale. En particulier, la transparence et la participation incitent les Etats à faire en sorte que les bénéficiaires aient accès à l'information administrative sur leurs droits et leurs prestations. Le droit à l'information implique que les actes administratifs soient accessibles à ceux qui l'exigent. Il est une condition importante de lutte contre la corruption et contre le manque de transparence sur l'utilisation des fonds

publics, ainsi que contre les éventuels dysfonctionnements des systèmes de sécurité sociale.

Le bureau du haut-commissariat a aussi développé des indicateurs et outils basés sur les droits de l'homme qui peuvent être utiles et sont de plus en plus utilisés par les acteurs du développement. En particulier, une grille d'indicateurs est proposée qui concerne spécifiquement le droit à la sécurité sociale.

L'accès à la justice et le droit à la sécurité sociale

Enfin, au-delà de l'importance que peuvent revêtir les droits de l'homme et le droit à la sécurité sociale dans la mise en place et l'évaluation des politiques et programmes publics, les droits exigent un accès à la justice et à des mécanismes de reddition de comptes en cas d'abus et d'atteintes.

En effet, un droit qui ne peut pas être réclamé n'a que peu d'utilité pour son détenteur. Il ne s'agit pas là forcément et prioritairement de réclamer tout et tout de suite. Il s'agit de donner la possibilité à des personnes qui se sentent lésées d'avoir des recours. Cette importance est reconnue à l'article 70 de la Convention 102 de l'OIT.

Le recours en cas d'allégation de violation n'est à nouveau pas seulement important pour le principe et pour tout « juridiciser », mais bien parce que le recours à des instances juridictionnelles (judiciaires ou administratives) joue un rôle important, au-delà de la réparation éventuelle d'un dommage individuel, dans l'identification de problèmes possibles dans le fonctionnement des institutions, administrations responsables, etc. Cela permet aussi de contribuer à l'adaptation des politiques publiques aux besoins et groupes prioritaires. La garantie de recours et de l'accès à la justice comprise au sens large a une importante fonction d'orientation et d'évaluation, ainsi que de prévention de violations futures. En outre, cela permet de traiter de questions de procédures qui peuvent avoir un impact tout-à-fait tangible dans l'accès des justiciables non pas seulement à un droit de manière formelle, mais bien à des services concrets et prestations de base dont eux et leurs familles dépendent.

L'exemple des maladies du travail ou des accidents professionnels

Une approche par les droits et une analyse basée sur des questions d'accès à la justice et de droit à un recours utile, permet de thématiser le rôle et les besoins en termes de justice sociale et du travail: notamment comment le manque de tribunaux spécialisés peut jouer un rôle dans la privation de protection des travailleurs dans des cas concrets; les faiblesses de l'inspection du travail et des médecins et autres experts spécialisés qui devraient intervenir dans ces cas; les questions de réforme des procédures juridictionnelles (des codes de procédures civiles par exemple) afin d'assurer plus d'équité procédurale et assurer que les justiciables lésés pourront se tourner en confiance vers des mécanismes de plaintes pour accéder à ce qui leur revient de droit (par exemple lorsqu'ils sont en conflit avec leurs employeurs sur des questions relevant de la sécurité sociale ou avec leurs assurances).

Et ceci n'est qu'un exemple de ce que cette approche permet.

En conclusion, et pour le reste de la discussion de ces deux jours tout comme pour le futur travail, je suis convaincue que les Conseils économiques, sociaux et environnementaux ont un rôle particulier et fondamental à jouer dans la mise en place au plus vite d'un système minimum de protection sociale dans leurs pays respectifs. En particulier, ils peuvent faciliter et contribuer à l'identification des priorités en termes de populations cibles et/ou de risques couverts, en identifiant les besoins, les vulnérabilités à ces risques ainsi que les raisons structurelles à ces problèmes. Ceci est une étape cruciale dans l'identification de solutions efficaces. En outre, les Conseils (et les acteurs qui y siègent) sont extrêmement bien placés pour discuter des processus et modalités institutionnelles et administratives qui seront les plus à même de rendre possibles, fonctionnels, et efficaces les systèmes de protection sociale, dans le respect des droits de l'homme et de leurs principes fondamentaux.

DÉBATS ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE

QUESTIONS / RÉPONSES

A la fin des interventions, un auditeur a soumis cette question à l'ensemble des intervenants : lorsqu'on connaît le contexte généralisé de pauvreté qui caractérise les pays sub-sahariens, où tous les secteurs de la vie économique sont perçus comme des domaines prioritaires pour les réformes, et en connaissant les faibles capacités de financement de ces Etats, n'est-ce pas placer la barre trop haute que de parler du caractère universel de la protection sociale ?

Réponse de Mme Anne Drouin

Cheffe du service du financement public, des services actuariels et des statistiques au sein du département de la protection sociale du Bureau International du Travail à Genève.

Lorsqu'on parle de couverture universelle, on fait d'abord référence aux socles minimaux de protection sociale. Ainsi, lorsque le BIT, dans son récent rapport sur l'état de la protection sociale, affirme que 73% de la population mondiale manque de protection sociale, il fait référence aux risques de base mentionnés dans la convention 102.

Or, assurer un accès aux infrastructures de base, notamment pour la santé, n'est pas un objectif si ambitieux. Le BIT a fait des calculs sur la base de ce que pourrait être un paquet standard pour ce socle de protection sociale en Afrique et le résultat est que pour un coût allant de 7 à 8% du PIB, ce socle pourrait être garanti.

En réalité, il s'agit surtout d'une question de priorité politique, car les moyens d'agir sont nombreux. En termes de financement par exemple, la seule rationalisation des dépenses permettrait de dégager beaucoup de ressources. En parallèle, l'extension de l'espace fiscal est possible, via des taxations particulières, mais aussi par une meilleure gestion de la dette.

Des études d'impact prouvent par ailleurs que la protection sociale est un investissement, surtout quand elle permet de donner des revenus aux plus pauvres, permettant ainsi de créer davantage de demande dans l'économie. Les pays émergents ont usé de la protection sociale

pendant la crise pour rehausser la demande, et ils ont trouvé que 1 dollar investi dans des prestations sociales permet d'amener 2.5 dollars à l'économie. Nos propositions sont donc réalistes, à condition d'avoir la volonté politique et le soutien technique pour les mettre en œuvre.

Quant au modèle qu'il faut choisir pour la protection sociale, je dirai que chaque pays a ses spécificités qui appellent des modèles adaptés. Il faut cependant rappeler, toujours dans un souci de réalisme, que la protection sociale ne se résume pas à l'assistance. Les mécanismes d'assurance financés par les cotisations ont également toute leur place.

Réponse de M. Adam Dramane BATCHABI

Conseiller technique au sein de l'Institut National de l'Assurance Maladie du Togo

Le premier élément fondamental dans la protection sociale, c'est la solidarité. Et donc si l'on veut une protection sociale universelle, il faut parler de la solidarité nationale. Voilà l'objectif.

Les voies d'action pour y parvenir sont multiples. Par exemple, nos populations sont constituées à hauteur de 90% en moyenne par des personnes appartenant à l'économie informelle et qui pourtant contribuent au moins à hauteur de 50% à la production de la richesse nationale : mettons en place des mécanismes pour prélever leurs cotisations !

Nous devons aussi apprendre des expériences de nos voisins. Lorsque le Rwanda a commencé à construire son système de protection sociale, il a été décidé que les

personnes de l'économie informelle paieraient 1000 Francs par an. Au bout de quelques années, ils se sont aperçus que leur système était déficitaire, et qu'il était hautement dépendant des partenaires financiers. Ils ne se sont pas laissé abattre pour autant ! Ils ont lancé en 2011 une grande enquête pour classer la population, et fixer des niveaux de cotisations en fonction des revenus de chacun. Certes, il y a eu des contestations, mais les personnes avaient déjà compris l'utilité de l'assurance, et cela a marché.

Ces exemples démontrent qu'il ne faut pas reculer devant la difficulté des défis, mais plutôt réfléchir aux meilleures stratégies pour les relever. Quel périmètre devons-nous couvrir dans un premier temps ? Par quel paquet de soins allons-nous commencer ? C'est ainsi que l'on progresse.

M. Constant MIGAN, membre du Conseil économique et social du Bénin, a posé la question suivante : existe-il un seul pays où la protection sociale a donné entière satisfaction à tout le monde ?

Réponse de M. Xavier CHAMBARD

Responsable de la coopération et de la communication du GIP SPS, représentant de M. Jean Marie SPAETH

Ayant entendu des préoccupations sur les inégalités au sein des populations, je voudrais dire qu'en France, les prestations sociales sont un outil très puissant pour redistribuer la richesse. On retrouve d'ailleurs cette idée à l'origine de la sécurité sociale chez nous puisque dans les motifs de l'ordonnance de 1945, il était indiqué que « la sécurité sociale trouve sa justification élémentaire dans un souci de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité, et qui est la base réelle de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur

Réponse de M. Jilal HAZIM

Représentant de la catégorie des personnalités es-qualité du Conseil économique, social et environnemental du Maroc

Aujourd'hui, se fixer l'objectif d'une protection sociale universelle, ce n'est pas placer la barre trop haute, mais c'est simplement rendre justice aux catégories de la population qui aujourd'hui, parfois continuent de se ruiner dans des dépenses catastrophiques face à la maladie. Bien évidemment, chaque pays, compte tenu de son engagement politique et de la capacité de son économie, peut conserver une marge de manœuvre pour fixer ce qu'il va offrir dans le socle de protection sociale minimal. Mais l'important est que ce minimum soit accessible à tous. Et ce n'est pas impossible, puisque certains pays l'ont fait.

avenir et les travailleurs sur qui pèsent à tout moment la menace de la misère ».

Ensuite, il faut bien comprendre que si l'on a pu mettre en place la sécurité sociale en France, c'est parce qu'on avait acquis la démocratie politique. L'un ne va pas sans l'autre : pour que les possédants acceptent de contribuer à diminuer la pauvreté des plus pauvres, il faut que d'une manière ou d'une autre, ils puissent être représentés.

Il n'existe bien sûr aucun pays où la protection sociale ait donné entière satisfaction à tout le monde. Même en France où la couverture universelle est considérée comme acquise, on constate que certains renoncent aux soins parce qu'ils doivent participer financièrement. En fait, quand on fait des progrès, il y a toujours de nouveaux problèmes qui se posent : c'est un chemin continu. D'ailleurs, en France, nous sommes en processus perpétuel de réforme !

Un certain nombre d'auditeurs ont réagi aux réponses des intervenants. Il en est ressorti que même s'il était important de ne pas faire de la « fiction », la mise en œuvre des socles de protection sociale était un processus qui s'inscrivait sur le long terme et qui, pour réussir, nécessitait d'avoir une vision globale des objectifs, dès le départ.

M. Michel Doucin, secrétaire général de l'UCESIF a posé une question au modérateur de la table ronde pour qu'il explique quelle est la situation au Mali.

Réponse de M. Siaka Diakité

Vice président du Conseil économique et social du Mali

Je suis vice-président du CES du Mali, mais également le représentant des travailleurs et des syndicats du Mali. Nous avons depuis l'adoption de la recommandation 202 à Genève, auquel j'ai participé, commencé à travailler sur la couverture maladie – mais sa

couverture est faible car elle s'applique aux salariés seulement. C'est pourquoi nous sommes venus chercher ici des idées pour résoudre ce problème.

La crise que connaît le Mali n'a eu aucune influence pour le moment quant aux acquis en matière de protection sociale. S'il est malade, le travailleur et sa famille continuent de bénéficier de soins gratuits à hauteur de 70%, jusqu'à l'âge de la retraite.

TABLE RONDE 2

Les conditions de la pérennité et de la soutenabilité du financement des socles

Samedi 20 septembre

Le choix du mot « socle » pour caractériser des politiques qui visent à mettre en œuvre des engagements pris de longue date par les Etats (ils figurent dans les articles 22 et 25 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme) souligne l'importance d'assortir ces politiques de la garantie qu'elles seront durables, en sorte que les populations soient soulagées de l'inquiétude de l'avenir quant à leur santé et à leurs moyens d'existence. La soutenabilité des socles suppose qu'ils puissent continuer de fournir les prestations promises indépendamment des aléas de l'aide des bailleurs de fonds internationaux.

Chaque Etat doit donc concevoir une politique de financement structurée, hiérarchisant clairement les priorités, fondée sur des prévisions réalistes de ressources nationales tant budgétaires (et donc fiscales) que résultant de la mobilisation de la contribution des personnes bénéficiaires. Il doit aussi construire une architecture de redistribution permettant de couvrir ceux qui ne peuvent pas contribuer financièrement au dispositif. La question des ressources pérenne est donc fondamentale. La session mettra en avant les Etats qui explorent des solutions prometteuses en la matière.

Modérateur – M. Augustin Tabé GBIAN, Président du Conseil
économique et social du Bénin





M. Elhadji Idé DJERMAKOYE

Responsable de l'ONG PROTESCO-Niger pour le socle de protection sociale universelle

Les éléments de contexte expliquent pourquoi la protection sociale est indispensable au Niger. Le pays se caractérise en effet par une croissance économique insuffisante au regard de la croissance démographique galopante. A cela s'ajoute l'accès inéquitable aux services et aux infrastructures sociaux, ainsi qu'à l'emploi et au travail décent. Le cadre législatif est très peu appliqué, et les communes, qui constituent les échelons de décision au plus près des ménages ne disposent que de faibles compétences et de très peu de moyens.

Une vision d'ensemble montre que 59.5% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté, 34% sont extrêmement pauvres, et plus de 25% ont besoin de filets sociaux de sécurité. Moins de 3% de la population active du Niger bénéficie d'une couverture de Sécurité sociale.

Pourtant, la protection sociale est un droit constitutionnel au Niger. La Constitution stipule en effet que « *l'Etat a le devoir de porter assistance aux groupes les plus vulnérables à travers une politique nationale de protection sociale* ». L'article 13 affirme le droit aux services et à une aide médicale, l'article 25 pose le devoir de protéger les personnes âgées et l'article 26 garantit une protection des personnes handicapées.

Les difficultés qui empêchent le plein succès des politiques de protection sociale existantes au Niger

La plateforme a inventorié au Niger plus de 217 politiques sectorielles qui contiennent des éléments relatifs à la protection sociale ou à la promotion du bien-être de la population. Cependant, ces politiques font face à d'importantes difficultés qui tiennent notamment au fait que le territoire du Niger est immense, et qu'il existe des spécificités régionales et culturelles difficiles à concilier au sein d'une même vision globale.

Pour cela, et d'autres raisons, le gouvernement peine à coordonner ses

politiques, tant au niveau de la gestion des urgences humanitaires que du financement soutenable des politiques qui s'inscrivent dans le long terme.

Les fondements du projet de loi sur la protection sociale au Niger

Dans l'objectif de pallier ces difficultés, la plateforme de la société civile dont je suis le responsable s'est engagée aux côtés de la Commission Nationale des Affaires Sociales du Parlement nigérien dans l'élaboration d'un avant-projet de loi pour la protection sociale dans le pays. Nous avons à cette occasion pu recueillir un certain nombre d'informations au niveau des régions, des communes et des familles.

Nous avons inventorié un certain nombre de vulnérabilités dans le pays : insécurité alimentaire, handicap, pauvreté, maladie, discrimination par le genre, environnement naturel hostile, catastrophes naturelles, faible promotion des droits, faible accès aux services sociaux, etc. Nous avons aussi constaté le déficit de gouvernance.

A partir de ces constats, il a été décidé que la loi sur la protection sociale, dont le projet a été validé en mai 2014, s'articulerait autour de cinq axes principaux :

Axe 1 - Garantir la protection sociale aux personnes exposées aux risques de vulnérabilité et aux personnes vulnérables

Axe 2 - Assurer la pleine et entière jouissance de tous les Droits fondamentaux reconnus à la personne humaine

Axe 3 - Mettre en application la Recommandation 202 concernant les socles nationaux de protection sociale

Axe 4 - Fédérer les initiatives à travers le PROTESCO et les Ministères techniques concernés avec une forte implication des Institutions étatiques, des syndicats, des associations, ONG, OSC et du secteur privé, etc.

Axe 5 - Assurer un cadre réglementaire efficace pour la mise en œuvre de cette loi.

Par ailleurs, nous avons proposé de mettre en place un Conseil national de protection sociale (CNPS) chargé de définir les orientations majeures de la mise en place du socle, un comité interministériel de pilotage et de suivi-évaluation de la protection sociale, un secrétariat exécutif permanent, et un Groupe Technique National Interministériel,

chargé de la mise en place de la Couverture Universelle de Santé dans un contexte de promotion de la mutualité sociale.

En ce qui concerne les sources de financement, nous avons également fait des propositions (impôt social, fonds PPTTE, financements innovants, etc.). Tous les ingrédients sont réunis, il suffit désormais de rassembler les volontés politiques.



M. Saïbou SEYNOU

*Secrétaire Permanent de l'Assurance
Maladie Universelle du Burkina Faso*

Mon intervention portera sur la soutenabilité de l'assurance maladie universelle (AMU) au Burkina Faso.

Les principes directeurs et les options stratégiques retenus pour l'AMU au Burkina Faso

Quand le gouvernement a décidé de mettre en œuvre l'AMU, il a confié sa conception à un comité de pilotage, qui a identifié quatre principes directeurs. Il s'agit de :

- La solidarité nationale
- L'équité et l'égalité de traitement entre les personnes bénéficiaires
- La responsabilité générale de l'Etat, dans la mesure où la santé est un droit humain fondamental qu'il doit garantir
- La gestion démocratique qui doit sous-tendre la gouvernance du régime

Ce comité a également retenu quatre options stratégiques :

- Le régime de couverture doit être unique, et couvrir toutes les populations résidentes, y compris les indigents.
- Le régime des prestations doit être le même pour tous, ce qui signifie que tous les citoyens doivent pouvoir accéder à un panier de soins unique, grâce à un système de tiers-payant.
- Les populations doivent cotiser en fonction de leurs capacités contributives, et recevoir les

prestations en fonction de leurs besoins

- La gouvernance du régime doit être gérée par un organisme unique (sauf pour les militaires, pour des raisons de secret-défense), qui bénéficiera de l'aide d'organismes de gestion délégués.

Les défis majeurs à relever pour créer une AMU soutenable

Les défis se posent d'abord en termes économiques et financiers. Les études ont estimé le coût de la mise en œuvre de l'assurance maladie, sur les trois ans à venir, à environ 20 milliards FCFA. Sur le moyen terme, pour une hypothèse de couverture de 50% de la population à l'horizon 2020, l'AMU coûtera 1% du PIB ce qui représente 3.6% des dépenses publiques. Les subventions qu'il faudra orienter vers l'AMU pour assurer le financement des cotisations des indigents et des pauvres correspondraient à 2.1% de dépenses publiques supplémentaires. Où trouver cet argent ?

Les défis sont aussi institutionnels et techniques. De fait, il faut garantir qu'en face de la demande pour des prestations, il existe une offre de soins de qualité et accessible à tous. Parallèlement, il est indispensable d'assurer la coordination des acteurs institutionnels par le biais d'une gouvernance efficace.

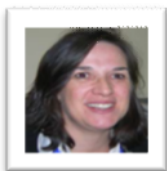
Quelles réponses sont envisagées ?

Quelles sources de financement ?

En ce qui concerne le financement, le gouvernement a retenu une solution qui consiste à diversifier au maximum les ressources : cotisations, recettes fiscales, financements innovants etc. Afin d'assurer la pérennité du régime, une attention toute particulière doit aussi être accordée à l'augmentation des recettes intérieures, en créant de nouvelles taxes et en recourant à l'emprunt.

La réallocation des dépenses seule permettrait de fortement augmenter les recettes intérieures. Il a été prouvé qu'un gain d'efficacité de 10% sur les dépenses discrétionnaires de l'Etat permettrait de dégager une somme équivalente à 1.5% du PIB, c'est-à-dire suffisante pour financer l'assurance maladie. Le gouvernement a déjà commencé à œuvrer dans ce sens, puisqu'il a révisé le code des investissements, pour assurer une meilleure perception de l'impôt.

L'Etat réfléchit également à la création de nouvelles taxes afin de profiter du boom minier et de la téléphonie mobile.



Mme. Anne DROUIN

Cheffe du service du financement public, des services actuariels et des statistiques au sein du département de la protection sociale du Bureau International du Travail à Genève

A qui profite le développement ?

A l'échelle de toutes les régions du monde, le groupe des revenus les plus élevés bénéficie de plus de 80% des revenus à disposition de la population globale. Le coefficient de Gini (compris entre 0 et 1, plus il est élevé et plus il y a des inégalités) montre que les inégalités demeurent très élevées surtout en Amérique latine et en Afrique. Il est au-dessus de 0.5 en Amérique latine et un peu au-dessus de 0.4 en Afrique. Cependant, les chiffres montrent que si ces inégalités ont globalement augmenté depuis les années 80, elles ont, ces dernières années, plutôt diminué.

L'état des lieux des inégalités sur le continent africain est marqué par de grandes disparités.

Quant aux financements extérieurs, il est clair que l'on ne peut pas les utiliser pour pérenniser le système. Cependant, ils sont utiles pour lancer le processus.

Quelles solutions pour les défis institutionnels et techniques ?

Il s'agit d'abord de procéder à un partage des responsabilités en matière de gouvernance. C'est l'idée qui a été consacrée dans le projet de loi en étude à l'assemblée nationale. Un cadre dynamique de concertation doit aussi être mis en place, notamment avec le Ministère de la santé, qui assure la gouvernance et la surveillance en matière d'offre des soins. Il s'agira de fixer les meilleures règles de gestion possibles, afin de garantir la qualité des soins.

En effet, il est prouvé qu'au Burkina Faso, le gaspillage est un des problèmes majeurs auxquels est confronté le système de soins. Par exemple, une étude a montré que 44.8% des prescriptions sont inutiles.

Enfin, faisant le constat que l'Etat ne peut pas tout, il est important de mettre en place des mécanismes de délégation de gestion, notamment en mettant à contribution les mutuelles sociales.

En effet, en Afrique du Nord, les inégalités sont plutôt réduites, notamment grâce aux assurances sociales alors qu'à l'inverse, elles sont au maximum en Afrique du Sud (ces niveaux devraient cependant baisser étant donné les dernières initiatives qui ont été menées dans cette région en matière de protection sociale). Il semble par conséquent que la mise en œuvre d'un socle de protection sociale a pour conséquence directe une meilleure répartition des richesses au sein des populations.

La protection sociale est un investissement

Des études empiriques menées au Bureau International du Travail ont montré qu'il existait une forte corrélation négative entre le développement économique et les inégalités. Il a également été démontré que les inégalités génèrent des violences et des crimes, ainsi que des instabilités politiques.

Face à ce blocage, la protection sociale doit être comprise comme un investissement permettant d'engager le pays dans un cercle vertueux de développement. De fait, si la population bénéficie d'un accès à la santé et à l'éducation, sa productivité en ressort plus élevée, tout comme sa propension à consommer. Le résultat est une croissance économique dynamique et inclusive, qui permettra d'investir encore davantage dans la protection sociale.

Un rapide état des lieux montre qu'il existe de nombreuses initiatives quant à la protection sociale en Afrique. De nombreux pays comme l'île Maurice et l'Afrique du Sud ont réussi à mettre en place un droit à une pension universelle. Le droit à des prestations pour les enfants et les familles est aussi une réalité dans beaucoup de pays, comme le Ghana, le Sénégal et la Tanzanie. Les programmes de type « cash for work » sont aussi très répandus en Afrique.

Cependant, si beaucoup de pays africains ont décidé d'une stratégie pour la mise en œuvre des socles de protection sociale, aucun n'est réellement parvenu à établir une couverture universelle.

Quel est le coût d'un socle de protection sociale en Afrique ?

Actuellement, les dépenses publiques de protection sociale en Afrique varient énormément. Ainsi, si la Tunisie ou l'Afrique du Sud se démarquent avec près de 10% de leur PIB consacré à la protection sociale, d'autres pays comme la Côte d'Ivoire ou le Tchad n'en sont qu'à un niveau encore très faible, allant de 1 à 2%.

Pourtant, il est clair que les dépenses de protection sociale sont en lien direct avec les niveaux de pauvreté. En effet, alors qu'en Afrique subsaharienne, pour un taux moyen de PIB alloué à la protection sociale de 4.1%,

le taux de pauvreté (sur la base de 2\$ PPP par jour) est de 74%, l'Afrique du Nord, qui y consacre en moyenne près de 9.0% du PIB, a réduit son taux de pauvreté à 22%.

Sur la base de définitions standards, on a pu estimer que le coût moyen d'un paquet de garanties sociales pour tous les africains (santé, enfants, personnes âgées, chômeurs, handicapés, maternité), pourrait rester en moyenne en dessous de 10% du PIB.

Les chiffres montrent cependant que la plupart des pays africains accordent encore trop peu d'attention à la protection sociale. Par exemple, alors même qu'une allocation universelle à destination des enfants peut avoir un impact considérable sur le développement des pays, étant donné les niveaux de croissance démographique en Afrique, la part du PIB consacrée à leur protection reste partout inférieure à 1%.

Le constat est le même pour les autres catégories de la population. Il a été démontré qu'avec moins de 1% du PIB, on pouvait garantir 40 journées de travail par familles, permettant ainsi aux personnes au chômage de passer au travers des périodes de soudure ou de sécheresse. Or, les niveaux de dépenses actuels montrent que l'on reste bien en deçà de ce qui pourrait être fait.

Pour les personnes handicapées, on pourrait arriver à des prestations universelles avec seulement 0.8% du PIB. Pour les personnes âgées (65 ans et plus), le coût d'une protection efficace est un peu supérieur à 1.0% du PIB. Pour ces deux catégories, on remarque que l'Afrique subsaharienne est largement en retard (notamment par rapport à l'Afrique du Nord).

Pour terminer, je voudrais citer le cas du Togo. De fait, des études menées par le BIT ont montré qu'en menant les bonnes réformes, ce pays pourrait, d'ici 2020, réduire par trois la pauvreté (de 58.7% à 18.7%). La mise en œuvre de la protection sociale relève donc du possible...

Quel espace fiscal pour parvenir à la mise en œuvre effective des socles de protection sociale ?

Nos études ont montré qu'il existait de multiples sources de financement pour la mise en œuvre des socles de protection

sociale universelle, principalement par le biais de nouveaux prélèvements fiscaux et d'une réallocation des dépenses publiques (par exemple, il est clair que les subventions pour les prix agricoles ou de l'énergie sont disproportionnées : au Togo elles constituent plus de 2% du PIB, et en Angola, 8% du PIB !).

Par ailleurs, il semble nécessaire d'augmenter les cotisations à la sécurité sociale. Pour que cela soit possible, la mutualisation des systèmes de protection sociale à l'échelle nationale est cruciale.



Mme Florence LUMWAMU

Membre du Conseil économique et social du Congo

Après le lancement, à Dakar en février 2014, d'un groupe de travail sur l'étude de « *la protection sociale pour une croissance inclusive en Afrique* », l'actuel colloque sur la mise en œuvre des socles de protection sociale dans les pays francophones vient souligner l'importance que les Conseils Economiques et Sociaux accordent aux conditions de vie des populations.

La protection sociale au Congo

En matière de protection sociale, le Congo a adhéré à plusieurs conventions et déclarations internationales (notamment la Déclaration des droits des personnes handicapées du 9 décembre 1975) et a adopté au plan intérieur des lois et décrets qu'il s'est engagé à mettre en application (comme la loi du 25 février 1986, portant code de sécurité sociale).

Le système congolais compte deux structures principales qui assurent une couverture sociale à la population : une Caisse de sécurité sociale pour les salariés du secteur privé et une Caisse de pensions pour les fonctionnaires et assimilés. Cependant, les bénéficiaires de ces Caisses n'étant constitués que de salariés, le système ne profite qu'à une

D'autres pistes restent encore à explorer, comme la lutte contre la fraude, les réserves fiscales et de monnaies étrangères, la restructuration de la dette publique, la mise en place d'un cadre macroéconomique accommandant, qui tolère l'inflation et les déficits fiscaux dans le cadre d'une politique expansionniste par le biais des dépenses publiques, etc.

infime partie de la population. Par ailleurs, les prestations restent très limitées⁸.

Cependant, en 2011 un texte a été voté afin d'étendre la sécurité sociale à toutes les couches de la population, en cherchant à combiner les deux approches contributive et non contributive. Si les assujettis sont toujours les travailleurs relevant du Code du travail, il est également prévu que les Congolais résidant au Congo et n'exerçant aucune activité salariée ou génératrice de revenus puissent en bénéficier.

Par ailleurs, depuis une loi de 2012, la branche maternité comprend désormais l'allocation prénatale versée à toute femme enceinte, et la prime de naissance. La branche prestations familiales regroupe l'allocation de soutien familial versée à une mère ou à un père congolais sans ressource ou faible revenu qui élève seul un ou plusieurs enfants jusqu'à l'âge de 19 ans, ainsi qu'une allocation de rentrée scolaire.

⁸ Pour plus d'informations sur l'état des lieux de la protection sociale au Congo, se référer à l'étude comparative des socles de protection sociale en Afrique subsaharienne en annexe.

Enfin, la branche insertion sociale est destinée à l'insertion des mineurs en situation de vulnérabilité. Elle comporte l'hébergement dans les centres sociaux d'accueil, l'insertion ou réinsertion dans les établissements scolaires ou pupilles de l'Etat, l'apprentissage d'un métier dans les centres de formation agréés par l'Etat, et la prise en charge en cas de maladie.

Une autre loi de juillet 2012 a porté institution d'un régime des pensions des agents de l'Etat et a permis l'amorce d'une uniformisation des régimes. La Caisse de Retraite des Fonctionnaires (CRF) offre les pensions de retraite normale, la pension proportionnelle, l'invalidité et les pensions de réversions au veuf, à la veuve et aux orphelins.

Dans l'ensemble, sur une population de 4 millions d'habitants, le Congo ne compte que 100 000 personnes couvertes par la sécurité sociale, secteur privé et secteur public confondus.

Perspectives

Avec cette kyrielle de textes, peut-on dire enfin que le Congo tend vers la mise en place d'un socle de protection sociale ? On est tenté de l'affirmer lorsque les nouveaux textes cherchent à ce que tous les citoyens aient accès à un ensemble de services de santé.

En attendant les textes réglementaires, on est en droit cependant de se poser la question de savoir quels moyens seront mis en œuvre pour réaliser cette vaste réforme ? Il est certes prévu la création de taxes indirectes sur certains produits des industries



Mme Couty FALL

Institut Africain de Développement Economique et de Planification (IDEP), Ancienne Coordinatrice du Programme régional du PNUD pour la Cohésion sociale et l'emploi des jeunes pour l'Afrique au sud du Sahara

La protection sociale occupe une place centrale et irremplaçable pour la réduction des inégalités, la prévention des catastrophes et surtout sur la stabilisation de l'économie, car elle stimule la demande et donc la croissance, par un renforcement du capital humain et de la productivité. Elle est donc un

agroalimentaires, des boissons, sauf l'eau, des masses médias Internet, etc.

Cependant, les problèmes suivants subsistent :

- La mauvaise gouvernance des Caisses, et le manque de respect de l'éthique et de la déontologie en matière de gestion.
- La grande insuffisance de l'intégration du secteur informel dans le système de sécurité sociale, malgré l'affiliation de quelques assurés volontaires
- L'absence de Caisses d'assurance complémentaires qui permettrait pourtant aux assurés de bénéficier d'une retraite plus confortable

Un des enjeux majeurs est aussi d'intégrer enfin le secteur informel et toutes ses niches d'emplois dans l'évaluation économique du pays. De fait, le financement de la protection sociale a besoin de tout ce potentiel financier, car les subventions de l'Etat ne suffiront pas à assurer la pérennité d'un socle de protection sociale.

Quel rôle pour les Conseils Economiques et Sociaux ?

Le rôle du CES, Assemblée de la société civile et conseil des pouvoirs publics, consiste à suivre la mise en œuvre effective des réformes, et de mettre à profit l'expertise des conseillers pour orienter les prises de décision. Au Congo, nous avons déjà réalisé plusieurs études touchant à la qualité de vie de la population par des auto-saisines.

indicateur essentiel pour le développement inclusif et durable.

Un nécessaire changement de paradigme

La création d'un socle de protection sociale nécessite d'abord un changement de paradigme, sur trois points :

- La protection sociale doit être considérée comme un investissement pour la productivité et la relance économique.
- La protection Sociale doit être institutionnalisée pour bénéficier de dotations budgétaires prévisibles, durables et adéquates.
- La mise en œuvre des socles de protection sociale doit être considéré comme un processus financièrement abordable, quel que soit le niveau de développement d'un pays.

Bien sûr, pour assurer la pérennité d'un socle au niveau macroéconomique, il est nécessaire de s'assurer qu'il existe un espace fiscal suffisant pour répondre aux besoins financiers des régimes universels. Cependant, il est intéressant de noter qu'un pays peut être riche et pourtant bénéficier d'un espace fiscal très étroit pour la mise en œuvre de programmes sociaux. De fait, il s'agit surtout d'une question d'engagement politique, pour dégager les ressources suffisantes, dans un contexte où la protection sociale est en concurrence avec d'autres objectifs.

Les conditions clés de succès

Pour parvenir à mettre en œuvre efficacement les socles de protection sociale universelle, trois conditions clés doivent être réunies, en plus de la volonté politique du gouvernement.

- L'administration doit être efficace. Il faut en effet qu'elle soit capable d'une part de préciser les besoins financiers et de les assortir avec des ressources dédiées, et d'autre part de fixer un calendrier précis, avec des délais pour chaque étape de mise en place des programmes d'extension de la protection sociale.

- Les pouvoirs publics doivent s'assurer qu'il existe un consensus national sur la valeur ajoutée apportée par la protection sociale. En fait, si les partenaires ne sont pas convaincus de cela, il sera difficile de mobiliser toutes les ressources nécessaires à la réussite.
- Enfin, il faut une communication sur la *désirabilité*, afin de déterminer quels sont les réels besoins des différentes catégories de la population.

Un autre élément important mentionné par la recommandation 202 de l'OIT pour la mise en œuvre du socle de protection sociale est l'articulation des socles de protection sociale avec les autres politiques publiques, et en particulier avec les programmes d'emploi. En effet, si les personnes qui se voient garantir un niveau minimum de revenu ne peuvent pas bénéficier de programmes leur permettant de créer des richesses, il y a un réel risque de compromettre la viabilité des programmes.

Le rôle des Conseils Economiques et Sociaux

Le dialogue social est une autre condition clé de succès de mise en œuvre des socles de protection sociale, notamment pour déterminer les besoins réels des populations.

Les CES sont des institutions particulièrement bien placées pour favoriser ce type de dialogue, et pousser ensuite la formulation des politiques publiques dans le sens des attentes de la société civile. Par ailleurs, ils peuvent agir pour la coordination efficace des politiques, aux niveaux vertical et horizontal (intergouvernementale et inter-institutions), et développer les outils adéquats pour évaluer les résultats des programmes mis en œuvre (par exemple en assurant le suivi à travers des indicateurs, ou à travers la systématisation d'un *budget social* dans tous les pays.



Dr Pascal PERROT

Directeur de la gestion des risques et de l'action sociale du régime social des indépendants (France), expert du GIP SPSI et du BIT

L'expérience que j'ai acquise au Sénégal lors du projet de mise en place d'un Régime Simplifié pour les Petits Contribuables me pousse à aborder la question de la pérennité et de la soutenabilité du financement des socles de protection sociale de façon plus large, en prenant notamment en compte les freins culturels, administratifs et économiques qu'il convient de lever. En effet, le sujet du financement d'un dispositif de protection sociale n'est au final que la résultante visible de ces trois principaux déterminants, gages de pérennité et de soutenabilité.

Le frein culturel

Le frein culturel est majeur dans des sociétés où la protection sociale est un concept encore très théorique, les populations s'inscrivant avant tout dans l'immédiateté. Doit-on se protéger contre un risque hypothétique de maladie ou d'accident alors qu'aujourd'hui, tout va bien ? Doit-on cotiser pour une retraite qui ne sera peut-être jamais versée ? La réponse à ces questions n'est pas instinctive, mais découle en grande partie d'une certaine identité culturelle.

Il faut accepter l'idée que le concept de mutualisation du risque à l'échelle d'un pays n'a rien de naturel, surtout, lorsqu'historiquement, l'entraide s'exerce dans le cadre d'une solidarité familiale, ou au mieux, est partagée au sein d'une collectivité, réduite à un village ou un quartier.

Ce frein culturel peut donc bloquer la mise en place de tout dispositif de protection sociale ou impacter son bon fonctionnement. C'est pourquoi tout processus de mise en œuvre d'un socle de protection sociale est indissociable de l'élaboration d'une véritable stratégie de communication à visée pédagogique, permettant que le plus grand nombre de personnes atteigne un degré suffisant d'appropriation du concept de mutualisation du risque.

Selon une enquête récente menée au Sénégal sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS), 9 enquêtés sur 10 répondent que la raison de non fréquentation des structures sanitaires se justifie par le fait qu'ils ne le jugent pas nécessaire, le motif économique n'étant cité que par 7,5% des intéressés.

Par ailleurs, la question de la gratuité des soins est connexe au sujet du frein culturel. Il convient en effet de s'interroger sur l'impact sociologique et psychologique d'un régime d'assistance médicale sur une population qui pourrait pourtant être mise à contribution. L'exemption du paiement des soins peut en effet aggraver le frein culturel, en ce qu'il n'est pas de nature à favoriser une évolution des états d'esprit vers un système contributif ou semi-contributif.

La mise en œuvre récente au Sénégal d'un nouveau programme de gratuité pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans et le renforcement des dispositifs de gratuité existants risquent ainsi de renforcer encore le frein culturel. Il conviendrait, pour le moins, de prévoir dans ce plan stratégique de développement de la Couverture maladie universelle (CMU), des modalités de sortie des dispositifs gratuits.

Le frein administratif

La dimension administrative dans la gestion des régimes de protection sociale peut, si elle n'est pas correctement organisée, devenir un véritable repoussoir pour la majorité de la population.

Les échecs de certaines expérimentations récentes sont là pour le rappeler. En 1996, une expérience d'élargissement du régime de la Caisse de Sécurité Sociale du Sénégal aux travailleurs du secteur informel a été lancée. Cependant, cette mesure a échoué car les modalités d'adhésion volontaire étaient trop compliquées.

Au-delà du bon fonctionnement des affiliations, les lourdeurs de certaines procédures administratives peuvent bloquer le bon fonctionnement des programmes sociaux (difficultés logistiques, organisationnelles, rigidité des procédures comptables...).

L'exemple français du régime des autoentrepreneurs, géré par le Régime Social des Indépendants, prouve cependant qu'il est possible de mettre en œuvre, via internet, un dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations. Ce même dispositif peut aussi, sur option, permettre aux inscrits de payer leur impôt sur le revenu, via un prélèvement proportionnel au chiffre d'affaire réalisé. Ce régime des autoentrepreneurs propose aussi des mesures de simplification en matière d'immatriculation et de comptabilité.

L'utilisation des nouvelles technologies permet aujourd'hui de simplifier et de sécuriser les relations entre les administrations et les usagers, ce qui n'est pas contradictoire avec le maintien du lien de proximité, comme au Sénégal avec l'utilisation et le développement des réseaux existants (projet de décentralisation et assurance maladie – DECAM pour la promotion et le développement des mutuelles de santé et réforme de l'assurance maladie obligatoire avec, notamment, la mise en place de l'institut de coordination de l'assurance maladie obligatoire – ICAMO, structure faitière des IPM).

Le frein économique

Le facteur économique dépend d'un double équilibre.

Le premier est l'équilibre des recettes entre les ressources nationales habituelles (impôts, taxes dédiées et cotisations) et les apports extérieurs à partir des bailleurs de fonds internationaux. Il est en effet indispensable que le régime de protection sociale ne soit pas dépendant des éventuels aléas des aides extérieures : le principe d'affiliation

obligatoire en un des moyens de sécuriser les recettes intérieures.

A titre d'exemple, conscients que les régimes d'assurance volontaire mis en place jusqu'à présent n'ont pas permis d'augmenter la couverture sociale dans le secteur informel, les pouvoirs publics se posent la question de l'affiliation obligatoire dans le cadre de la mise en place du RSPC au Sénégal.

Le second équilibre sur lequel il faut veiller est celui des dépenses, notamment en mettant en place des enveloppes budgétaires fermées. Le projet de RSPC intègre dans sa branche maladie le principe de cotisations forfaitaires qui permettent, pour le forfait de premier niveau, d'accéder à une offre de soins fermée, mais répondant aux principaux besoins de santé publique du pays (urgences vitales, maladies infectieuses et chroniques comme le diabète et l'hypertension...). De cette façon, le niveau des dépenses est ajusté aux recettes à travers des enveloppes fermées, et non l'inverse.

En conclusion, l'analyse de la branche santé du programme RSPC au Sénégal montre que la réussite d'un tel projet s'inscrit dans une approche globale. Il convient en effet, de s'assurer que les conditions culturelles, administratives et économiques nécessaires sont réunies en amont, pour lever ce qui peut rapidement et définitivement devenir de véritables freins. Ce qui suppose un portage politique au plus haut niveau et un très large consensus des différents acteurs.

Un tel consensus semble exister au Sénégal où le chef de l'Etat, Macky Sall, a fait de la Couverture Maladie Universelle (CMU) une priorité politique nationale, pour faire passer le taux de couverture maladie de base de la population sénégalaise de 20% à au moins 75% à l'horizon 2017.

On ne peut que saluer et accueillir très favorablement cet engagement, et, dans le même temps, ne pas oublier que le facteur clé de réussite reste la confiance que peuvent ou non avoir les populations dans le dispositif proposé.

DÉBAT ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE

QUESTIONS / RÉPONSES

A la fin des interventions, M. Jilai HAZIM, représentant de la catégorie des personnalités es-qualité du Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc a demandé à M. Saïbou Seynou de lui expliquer comment le gouvernement du Burkina Faso comptait financer son projet d'assurance maladie universelle. Il a également demandé à Mme Couty Fall si elle avait quelques recommandations très concrètes pour assurer la pérennité et la sécurisation du financement des socles de protection sociale.

Réponse de M. Saïbou Seynou

Secrétaire permanent de l'Assurance Maladie Universelle du Burkina Faso

La sécurisation du financement de l'assurance maladie universelle doit être perçue à travers plusieurs aspects.

La première question à se poser est : l'argent est-il disponible ? Je crois que oui, parce que la seule rationalisation des dépenses permet de dégager des sommes importantes.

Le choix du Burkina Faso de mettre en place un régime unique n'est pas anodin à cet

égard : en effet, cela nous permettra de réduire au maximum les coûts de transaction en centralisant les mécanismes de gestion. Par ailleurs, la rationalisation des dépenses suppose un plus grand contrôle, que ce soit dans les relations avec les fournisseurs (pour l'offre de soins notamment), ou sur les personnes qui manipulent les fonds publics.

La seconde question à se poser concerne la gestion du risque. De fait, si l'on veut couvrir les risques sociaux, la première des choses à faire, c'est la prévention.

Réponse de Mme Couty Fall

Coordinatrice du Programme régional sur l'emploi des jeunes et la cohésion sociale en Afrique subsaharienne au sein de l'Institut Africain de Développement économique et de Planification

Ma réponse est assez simple. La réussite dans le financement des socles dépend de la volonté politique à dégager un espace fiscal dédié à la protection sociale. Je l'ai dit, c'est une question de choix : les décideurs doivent comprendre qu'il ne s'agit pas d'une charge mais d'un investissement. Si 50% de la population n'a pas de revenus pour consommer, la production des entreprises ne sera pas vendue, et la croissance ne pourra pas augmenter. Cela signifie aussi que lorsqu'on parle de protection sociale, un des personnages clef est le ministre de l'économie et des finances.

Les financements innovants sont également très importants. Certains pays ont eu des résultats significatifs en affectant les recettes obtenues grâce à des taxes parafiscales à des dépenses de protection sociale. Ça marche, c'est acceptable, c'est durable.

Très concrètement, il est aussi nécessaire d'opérer une programmation du budget. Il arrive souvent qu'en milieu d'exercice, des coupes sur le budget soient imposées, remettant alors en cause les programmes sociaux. La solution, c'est d'avoir des cadres de dépenses à moyen terme, spécifiquement dédiés à la protection sociale. A ce moment-là, le programme est sûr d'avoir une source de financement pour les 3 à 5 ans à venir.

Enfin, je voudrais rappeler que l'économie informelle dispose de revenus, et donc de capacités contributives. Elle contribue à plus de 50% de la formation du PIB.

Certains auditeurs ont souhaité compléter ce qu'avaient dit les intervenants de la table ronde en partageant leur expérience sur le sujet du financement des socles de protection sociale.

Mme Emilienne RAOUL

Ministre des Affaires Sociales, de l'Action Humanitaire et de la Solidarité du Congo

Au Congo, nous avons cherché à mettre en place un programme de filets de sécurité alimentaires. Nous avons fait une enquête dans les quartiers périphériques des deux plus grandes villes du pays, et les résultats montraient que les familles ne pouvaient s'offrir un repas qu'une fois tous les deux jours.

Il a donc été décidé que le financement serait à 66% à la charge de l'Etat, et que le reste serait pris en charge par le Programme Alimentaire Mondial. Cependant, alors que le programme se mettait en place, l'Etat a cessé de payer. Comment l'expliquer ?

Il y avait de la volonté politique, j'en suis garante en tant que ministre. Cependant, le fait est que nos pays se trouvent face à de multiples besoins d'investissements, tous présentés comme des priorités absolues, et cela provoque des tensions de trésorerie.

M. Adam Dramane BATCHABI

Conseiller technique au sein de l'Institut National de l'Assurance Maladie du Togo

Quand on écoute des débats sur la protection sociale, on oublie souvent que nos pays disposent de ressources internes.

Le fonctionnement des pensions de retraite est exemplaire de cela : on dit que les personnes âgées de plus de 60 ans recevront 15 000 ou 20 000 francs par mois. Mais certaines d'entre elles avaient un revenu pendant leur vie active, sur lequel aucun prélèvement n'a été fait. Si bien qu'on ne parvient pas à pérenniser le financement des retraites aujourd'hui.

Je voudrai rappeler qu'en Afrique, les enquêtes sur le chômage mettent en évidence un taux de 2 à 7%. Cela signifie que chacun fait quelque chose. Pourquoi alors ne pas

mettre en place un mécanisme de cotisations sur les revenus du secteur informel ?

Certains diront que les personnes du secteur informel refusent de cotiser. Mais quand j'ai travaillé au Bénin je me suis rendu compte qu'elles étaient prêtes à cotiser jusqu'à 20 000 FCFA dans des mutuelles parce qu'elles avaient confiance dans leur fonctionnement ! Nous devons donc travailler sur la confiance, et une des manières de le faire est de permettre aux bénéficiaires d'être représentés dans les Conseils d'administration.

Un autre exemple démontrant que de nombreuses possibilités s'offrent à nous pour dégager des ressources internes est la rationalisation des ressources. Des montants faramineux sont dépensés chaque année pour l'évacuation sanitaire (4 à 5 milliards de FCFA), alors qu'il suffirait de construire des hôpitaux performants à l'intérieur du pays. On ne peut pas se plaindre d'avoir de maigres ressources et dans le même temps envoyer chaque année 4 ou 5 milliards à l'extérieur. Pareillement, il existe souvent des mécanismes de gratuité (césarienne) universels, alors que certaines catégories de la population ont largement les moyens de payer.

M. Alexis BIGEARD

Conseiller en Politique de Financement de la santé au sein de l'Équipe d'appui inter-pays en Afrique de l'Ouest de l'Organisation Mondiale de la Santé et point focal du réseau P4H en Afrique de l'Ouest

La protection sociale me semble indissociable d'une problématique qui n'a pas été abordée jusque-là, et qui est la vision que l'on a de l'Etat. On ne peut pas parler du Rwanda sans mentionner la façon dont les rwandais pensent leur Etat. Dans les pays d'Europe, les différents types d'Etat sont d'ailleurs précisément associés à des types de régimes de protection sociale.

Sur cette question, je crois que les CES ont un rôle à jouer, en aidant les sociétés à réfléchir sur l'État. Ces réflexions doivent

permettre de projeter la protection sociale dans une vision d'État nation.

Un certain nombre d'auditeurs ont remarqué que les débats n'avaient pas abordé quelques points qui leur paraissaient pourtant importants. Il s'agissait :

(1) des ressources naturelles (bauxite, uranium, pétrole, phosphate, diamant, or...) dont les pays d'Afrique disposent en grande quantité et qui pourraient être mises à contribution dans le financement des socles de protection sociale.

(2) du manque d'éthique et de formation des personnes chargées de la gestion des fonds publics.

(3) du manque de confiance des populations envers l'administration (exemple des routes : au Niger, des péages ont été installés à la sortie de chaque ville pour financer l'entretien des routes. Mais quand on voit que les routes sont encore criblées de nid de poules, on a du mal à faire confiance à l'administration et à payer davantage de cotisations pour une protection sociale par exemple).

TABLE RONDE 3

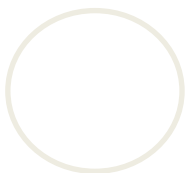
La combinaison entre approches contributives et gratuites, et entre les secteurs formel et informel

Samedi 20 septembre

La soutenabilité des politiques de socles est essentielle pour que ceux-ci réalisent l'universalité recherchée et considérée comme l'objectif essentiel. Le ciblage, auprès des populations auxquelles sont accordées la gratuité des prestations, la communication, l'articulation avec les systèmes contributifs et le maintien de la qualité de l'offre sont autant de facteurs clés de succès à la mise en œuvre d'un socle. La session présentera quelques-uns des modèles expérimentés en la matière.

Modérateur – M. Bernard CAPDEVILLE, Vice-Président du Conseil économique social et environnemental de France





Dr Hassane Sanda MAIGA

Conseiller spécial du Premier ministre du Niger

La protection sociale au Niger

Dès les premières années des indépendances, les autorités nigériennes ont entrepris plusieurs actions tendant à jeter les bases d'une protection sociale au Niger. Par exemple, le décret du 28 janvier 1964 a permis une prise en charge financière des soins, des hospitalisations et des évacuations sanitaires pour certaines personnes démunies.

Aujourd'hui, cette préoccupation est au premier rang : en témoigne l'adoption, en septembre 2011, d'une politique nationale de protection sociale.

Par ailleurs, il existe au Niger quelques piliers garants de la protection sociale. Il s'agit de la Constitution, dont plusieurs articles (12, 13, 25, 100, 146, etc.) garantissent les conditions d'une protection sociale, du Plan de Développement Economique et Social (PDES), dont les priorités s'inscrivent dans le cadre des objectifs visés par la PNPS, et de l'initiative « *les nigériens nourrissent les nigériens* » (I3N), axées sur la sécurité alimentaire et la nutrition.

En ce moment, le Niger s'est également lancé dans une révision du socle juridique en matière de protection sociale. En dehors du projet de loi actuellement en étude et qui devrait permettre de mettre en œuvre la PNPS, nous envisageons en effet de mettre en place par décret ou arrêté un Conseil National de Protection Sociale, un comité de pilotage, et un groupe technique national interministériel de coordination et de mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle.

Les approches contributives et non-contributives au Niger

Le régime contributif comprend 3 grands groupes :

- Les travailleurs salariés du secteur privé, affiliés à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale

- Les travailleurs salariés du secteur parapublic où certaines entreprises disposent d'une forme d'assurance maladie interne
- Les affiliés auprès des compagnies d'assurances commerciales/privées.

Le régime non-contributif comporte également 3 groupes :

- Les Agents de l'Etat qui bénéficient d'une prise en charge à hauteur de 80 à 90 % des soins dans les formations sanitaires publiques de santé
- Les auxiliaires du secteur public pour une prise en charge par la CNSS
- Les populations pauvres ou vulnérables, qui bénéficient d'une assistance à travers des mesures ciblées comme la prise en charge des personnes indigentes, la gratuité des soins de santé, l'assistance ciblée aux porteurs de maladies ou affections telles que le SIDA, la tuberculose pulmonaire, la lèpre, la malnutrition, etc.

D'autres mesures relèvent du régime non contributif, comme les évacuations sanitaires à l'extérieur du Niger.

Les options stratégiques de démarrage pour l'Assurance maladie universelle

Plusieurs options stratégiques ont été définies pour le démarrage de l'Assurance maladie universelle (AMU).

En termes de financement, l'Agence Nationale de l'AMU chargée gérer le régime est financée par les cotisations employeurs et employés, ainsi que par des subventions de l'Etat, des collectivités territoriales, et d'un fonds national de solidarité (FNS).

Cette agence se décline ensuite en huit agences régionales de l'AMU, chacune étant également soutenue par 8 mutuelles régionales de santé pour les salariés, et par d'autres mutuelles pour l'économie informelle.

La structure organisationnelle, basée sur le modèle mutualiste, allie donc un volet pour le secteur formel et un autre pour le secteur informel. Par ailleurs, la prise en charge des personnes vulnérables par le biais d'un système non contributif fonctionne par le biais des Fonds Sociaux de Santé, qui dépendent du FNS. L'objectif est que l'adhésion soit obligatoire pour tous les habitants de Niamey.



M. Justin SOSSOU

Secrétaire général adjoint du Ministère de la Santé du Bénin

Au Bénin, selon la Constitution du 11 décembre 1990, la personne humaine est sacrée et inviolable. L'Etat a l'obligation absolue de la respecter, de la protéger et de lui garantir un plein épanouissement. A cet effet, il doit assurer à ses citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi.

Pour faire en sorte que ces principes ne restent pas lettre morte, l'arrêté interministériel du 13 juin 2005 a porté création d'un Fonds sanitaire des indigents (FSI), pour lequel l'Etat dépense, tous les ans, 1,433 Milliards de FCFA. C'est sur ce mécanisme en particulier que je voudrais axer ma présentation.

Comment fonctionne le Fonds sanitaire des indigents ?

La première question à se poser est : comment cibler les populations indigentes ?

Le statut de l'indigent est retenu par la Formation sanitaire qui reçoit le malade. En réalité, les personnes vulnérables sont souvent repérées à la suite de plusieurs ordonnances non honorées. Le prestataire de soin le met alors en contact avec le service social pour enclencher la procédure de délivrance d'une attestation d'indigence, menée par le chef d'arrondissement du lieu de résidence du malade. Dès que la procédure est enclenchée, la formation sanitaire offre l'entièreté des prestations au patient

En décembre 2012, une étude de faisabilité a été faite à Falmèye, une commune du Niger, et a montré que 98.4% de la population adhère à l'idée d'une mutuelle communale. Un test pilote se prépare pour la mise en place des organes de gestion de la mutuelle.

concerné. La formation archive les factures au niveau du centre, et à la fin du trimestre, les envoie à l'administration en vue du remboursement.

En termes de financement, le FSI reçoit chaque année une enveloppe financière, dont le montant est déterminé par le ministre de la santé par arrêté (une enveloppe est allouée à chacune des quatre zones sanitaires du pays).

Les limites du mécanisme et les perspectives de l'assurance maladie universelle

Un des problèmes majeurs auquel se trouve confronté ce mécanisme est que le processus d'identification des bénéficiaires est « passif » : de fait, les personnes sont prises en charge après qu'elles aient été largement usées par la maladie (puisqu'on les reconnaît grâce aux ordonnances non honorées). Il manque donc une structure d'identification des indigents en amont.

Au-delà de ce mécanisme, nous voulons créer au Bénin un régime d'assurance maladie universelle. Afin d'en assurer le financement sur le long terme, le gouvernement a choisi de mettre en place un régime contributif, où chacun participe en fonction de ses revenus.

Se pose dès lors la question suivante : comment la personne indigente qui n'arrive pas à s'offrir un repas dans la journée pourra payer une cotisation, ne serait-ce que de

1000 FCFA par an ? La seule solution est d'identifier activement les indigents, et d'utiliser une partie des fonds du FSI pour

subventionner leur cotisation. Nous avons enclenché cette procédure au niveau des communautés.



Mme Monique CLESCA

Représentante générale du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) du Niger, représentée par M. Hassane ALI, son assistant.

Le positionnement de l'UNFPA par rapport à la protection sociale est visible à deux niveaux. D'abord, la protection sociale est perçue comme un outil efficace permettant de lutter contre les risques de pauvreté, d'exclusion et de marginalisation. Ensuite, elle constitue une protection indispensable contre les risques de maladie.

La protection sociale contre les risques de pauvreté, d'exclusion et de marginalisation

L'UNFPA opère d'abord un plaidoyer pour que le respect des droits des personnes soit pris en compte dans les politiques et les programmes mis en œuvre par les pouvoirs publics, et cherche à évaluer dans quelle mesure ce qui est transcrit dans les textes de loi est mis en œuvre dans la réalité. L'UNFPA cherche également à renforcer les capacités des jeunes sur le fait qu'ils détiennent des droits, et qu'ils doivent les revendiquer.

Ce choix stratégique s'explique par la démographie au Niger : les jeunes de moins de 24 ans représentent 66% de la population. Par ailleurs, un effort particulier doit être fait sur les femmes, car les adolescentes âgées entre 10 et 19 ans représentent 12.19% de la population et contribuent pour 14% à la fécondité. Par ailleurs 75% des filles de moins de 18 ans sont mariées, et 35%, soit 1 sur 3, sont mariées avant l'âge de 15 ans. La mortalité maternelle est la cause principale cause de décès chez les filles de 15-19 ans à

travers le monde et au Niger. Elles s'exposent à la fistule obstétricale, à la déscolarisation, et au cycle vicieux de la pauvreté.

L'Initiative Adolescentes que nous menons au Niger, axé sur l'autonomisation des jeunes femmes, constitue à cet égard un investissement en ce qu'il opère une valorisation du capital humain. Les objectifs principaux sont d'arrêter le mariage des enfants et de ralentir les grossesses chez les adolescentes.

S'étendant sur 8 mois, et ciblant environ 550 000 adolescentes, le programme vise aussi à assurer l'éducation des adolescentes, améliorer leur niveau de santé, les protéger contre la violence, et encourager leur leadership.

La protection sociale contre les risques de maladie

Sur le volet santé, l'UNFPA prend en charge de la gratuité des accouchements dans quatre régions du Niger : Diffa, Tillabéry, Tahoua et Zinder. De 2011 à 2014, 327 472 accouchements ont été rendus gratuits dans le cadre de ce programme.

Investir dans les adolescentes permet d'infléchir la croissance démographique avec la baisse de la fécondité et de la mortalité, et de contribuer à réduire la pauvreté et à favoriser l'atteinte du dividende démographique.



M. Olivier COLIN

Directeur des relations internationales de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole de France.

Au sein du système de sécurité sociale français, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) gère les travailleurs indépendants et salariés appartenant au domaine agricole.

Nous couvrons l'ensemble des risques sociaux de base, sauf le chômage. Notre mode de gestion est démocratique : il est assuré par les représentants de nos ressortissants, ce qui veut dire que nous avons une connaissance relativement précise de leurs caractéristiques, en termes de revenus et de conditions de vie. Cela signifie que la MSA est aussi un organisme de nature politique, qu'on pourrait définir comme un organisme professionnel.

Aujourd'hui, je vais vous présenter deux projets que nous avons menés ces dernières années afin d'aider à étendre la couverture sociale aux populations du secteur informel en Afrique. Ces projets mettent en œuvre des collaborations avec des organisations représentatives de la société civile des pays concernés.

Projet n°1 - Tunisie

En Tunisie, la Caisse nationale de sécurité sociale participe à la protection sociale de base. Elle couvre les risques vieillesse, invalidité, décès, chômage, et accorde des prestations familiales. Le projet, qui a eu lieu entre 2007 et 2009, a consisté à augmenter le taux de couverture de la CNSS, qui était à l'époque de 80% de la population environ.

En Tunisie, la population du secteur informel est principalement constituée de petits agriculteurs, d'artisans, d'employés de maison et de toute une série de gens qui appartiennent à de petits métiers comme les vendeurs de rue. Nous nous sommes donc retrouvés face à une première difficulté, qui était que la CNSS ne connaissait pas ces populations : il fallait donc les identifier et les immatriculer.

Comment aller à leur rencontre ? Pour cela le projet a eu recours à des organismes comme l'Union tunisienne de l'agriculture et de la pêche, ou l'Office national de l'artisanat, qui

disposent de fichiers sur ce type de population. Il a également été fait appel à la Banque tunisienne de solidarité, qui accorde par l'intermédiaire d'associations locales de développement, des microcrédits aux personnes appartenant au secteur informel.

Des accords ont donc été conclus avec tous les organismes sus mentionnés, de façon à pouvoir échanger les données dont ils disposaient. Un outil informatique spécifique, le fichier repère, a été créé, afin de repérer les populations potentiellement à affilier. A partir de là, ont été, sur cinq territoires, installés des lieux d'accueil décentralisés qui permettaient que la population visée soit invitée et accueillie par des conseillers sociaux, spécialement recrutés à l'occasion.

Ce projet a eu de très bons résultats : plus d'une visite sur deux a abouti à une affiliation. Deux ans après, il a été généralisé à l'ensemble de la Tunisie.

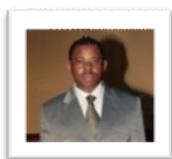
Projet n°2 – Burkina Faso

Le second projet a consisté à apporter un soutien technique à l'Union nationale des producteurs de coton du Burkina Faso pour initialiser un réseau de mutuelles de santé, à destination de ses membres qui font partie du secteur informel, ce dernier représentant environ 80% de la population.

La production de coton est plutôt bien organisée : il était donc plutôt facile, avec l'aide de l'UNPCB, d'identifier les bénéficiaires potentiels. Une fois ciblés cependant, les producteurs étaient très hésitants à l'idée d'adhérer aux mutuelles, celles-ci n'ayant pas de caractère obligatoire. Pour les convaincre, nous avons mené un certain nombre d'actions de proximité, avec l'aide du Réseau d'appui aux mutuelles de santé du Burkina Faso.

Nous avons ainsi tenu des réunions d'information avec les responsables de l'administration locale, des centres de santé et des groupements de producteurs de coton. Parallèlement, nous avons sensibilisé les

populations directement dans les villages, notamment par le biais d'un animateur local qui allait expliquer la démarche aux plans technique et de gouvernance avec l'aide d'élus de l'UNPCB. Nous avons aussi mené des campagnes d'informations à la radio, qui est très écoutée. Une autre façon innovante de sensibiliser les populations était de financer la représentation d'une pièce de théâtre dans les villages.



M. Sadibi BOUKA

Vice-Président du Conseil Economique et Social du Gabon

Le secteur informel au Gabon

Le secteur informel se définit comme l'ensemble des activités économiques réalisées en marge de la législation sociale et fiscale. Au Gabon, il s'est particulièrement développé au suite à l'effondrement de pans entiers du secteur formel après la chute drastique des prix du pétrole en 1986. Le surplus de main d'œuvre du secteur formel, principalement en milieu urbain, a alors trouvé refuge dans l'économie informelle, comme seule alternative au chômage. La proportion de l'emploi informel avoisine aujourd'hui 57% de l'emploi global.

Au-delà des statistiques, le secteur informel au Gabon donne le visage d'une grande vitalité. Face à ce dynamisme et considérant la faible proportion de ces travailleurs immatriculés à la CNSS, une question s'impose : quel est le niveau de prise en charge des travailleurs du secteur informel dans la couverture sociale au Gabon ?

Parmi les risques pris en compte par le système gabonais de protection sociale, tous régimes confondus, le risque maladie est celui qui fait l'objet de la meilleure couverture, notamment grâce à l'existence des deux institutions que sont la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et la Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale (CNAMGS).

Le financement de ces caisses a été mobilisé à partir de trois sources différentes : le fonds

Au final, nous avons réussi à créer 4 mutuelles, pour environ 8000 cotisants à jour de leurs cotisations au 31 décembre 2013. C'est un des premiers réseaux sur base professionnelle au Burkina Faso. Ce réseau a été doté d'instances de gouvernance et d'un gestionnaire. Nous avons appris récemment que ce réseau serait probablement sélectionné pour participer à la phase de lancement de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

d'assurance maladie des agents publics de l'Etat (financé par les cotisations des salariés du secteur public), le fonds national d'assurance maladie des salariés du secteur privé et parapublic, des travailleurs indépendants, des professions artisanales et libérales (alimenté par un prélèvement de 6.6% sur le salaire de chaque imposant, dont 4.1% payé directement par l'employeur), et le fonds de garantie sociale des gabonais économiquement faibles, des étudiants, des élèves et des réfugiés (alimenté par un prélèvement de 10% sur le chiffre d'affaire hors taxes des opérateurs téléphoniques et de 1.5% sur les transactions internationales monétaires à partir du Gabon, sauf pour celles de l'Etat).

S'agissant des travailleurs du secteur informel, nombreux sont ceux qui ne bénéficient pas d'une réelle couverture sociale, du fait des difficultés d'identification, et de financements encore insuffisants. D'un point de vue global, les mécanismes actuels ne couvrent qu'environ 29% de la population. La conséquence de cette situation est qu'une grande partie des ménages dépenseront environ 40% de leurs revenus annuels dans les soins de santé, au détriment d'autres dépenses, comme le logement et l'alimentation.

Les dispositifs permettant d'intégrer le secteur informel et les gabonais économiquement faibles au régime de protection sociale

Le gouvernement a récemment lancé une réforme ambitieuse, de modernisation et de démocratisation de la protection sociale. La première étape de ce plan d'action était de mettre en place un système efficace de couverture maladie, en créant la CNAMGS.

Pour ce qui est de l'articulation entre approches contributive et gratuite, le régime allie d'une part des prestations offertes en échange de cotisations (allocations prénatales, prime de naissance, allocations familiales, une prime de rentrée scolaire...), et d'autre part la garantie aux citoyens économiquement faibles d'un paquet de services sociaux minimum.

Il existe une réelle volonté politique d'intégrer davantage les acteurs du secteur informel dans le système de protection sociale. Au Gabon, plusieurs actions en sont la parfaite illustration : la création par décret du 21 juin 2011 du centre de développement des entreprises, par lequel le gouvernement tente de donner toute sa place au secteur informel en l'encourageant à entrer progressivement dans la légalité.

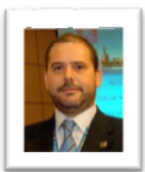
Cependant, des défis restent à relever. D'abord, l'équilibre à long terme du système

de protection sociale au Gabon nécessite une augmentation de la contribution des travailleurs. En contrepartie de cette mesure, les travailleurs pourraient se voir attribuer des responsabilités dans les organes de décision des deux caisses.

Par ailleurs, les procédures administratives devraient être simplifiées, afin de favoriser le passage du secteur informel vers le formel. C'est une des missions principales du centre de développement des entreprises.

En conclusion, même si le taux de couverture sociale n'est pas mauvais au Gabon, l'objectif à l'horizon 2025 est d'arriver à une couverture de 90% de la population contre 60% actuellement. Cela pourra être accompli en s'appuyant sur les axes suivants :

- 1 – Augmentation des dotations budgétaires pour financer la protection sociale
- 2 – Recherche de ressources complémentaires et novatrices
- 3 – Augmentation des contributions des salariés et des employeurs
- 4 – Amélioration de la gouvernance des structures chargées de la gestion de la protection sociale



M Ariel PINO

Spécialiste en sécurité sociale du Bureau International du Travail à Dakar

L'articulation entre approches contributives et non contributives

En matière de protection sociale, il existe deux grands types de régimes : les contributifs et les non contributifs. Les premiers regroupent des mécanismes tels que l'assurance sociale, la micro assurance, les régimes de mutuelle. Les seconds renvoient plutôt aux régimes universels, catégoriels, ou encore aux transferts conditionnels en espèces. La question est de savoir comment assurer la meilleure articulation entre les

deux, afin que toutes les catégories de la population bénéficient de garanties élémentaires.

Je voudrais donner deux exemples qui montrent que l'articulation entre ces deux approches est obligatoire dans bien des cas. Le premier est le régime d'assurance vieillesse, pour lequel il est clair que certaines personnes devront cotiser. Cependant, si l'on attend que chacun ait rempli ses années de cotisations, la prestation ne sera pas accessible aux personnes qui sont déjà âgées

aujourd'hui. Il faut donc mettre en place des mécanismes de pensions sociales non contributives pour assurer rapidement une prestation. L'autre exemple concerne la gratuité des soins. Les études montrent que le contact entre les personnes pauvres et le médecin se fait sur l'accouchement, le paludisme, et les problèmes de santé pour les enfants, il devient évident que les mesures de gratuité doivent être mises en place uniquement pour les personnes vulnérables, et sur ces trois points de contact.

Trois questions centrales doivent être étudiées afin de réussir l'articulation entre ces différentes approches : quel est le rôle de l'Etat, comment s'adapter au contexte, et comment prendre en compte les mécanismes informels de protection sociale (caractéristiques religieuses, traditionnelles, coutumières).

Comment intégrer le secteur informel dans les régimes de protection sociale ?

Le secteur informel est défini de façon différente dans chaque pays, en lien très étroit avec les statistiques et les enquêtes nationales. Cependant, on retrouve partout certaines caractéristiques centrales : faible volume de ventes et problèmes de trésorerie, capacité contributive réduite, problèmes d'accès au financement, vulnérabilité extrême au début de l'activité, relations de travail informelles, problèmes d'organisation et de représentation, manque de formation pour les entrepreneurs, manque d'un cadre juridique approprié (par exemple pour les travailleurs indépendants qui ne sont pas prévus par les Codes du travail), procédures administratives trop complexes, pas d'accès aux marchés publics, coût élevé de formalisation.

Ces caractéristiques font que les personnes appartenant au secteur informel ont une faible perception du rapport coût/bénéfice de passer dans le secteur formel. D'ailleurs, il arrive parfois qu'il ne soit pas avantageux pour eux de le faire...

Il est donc indispensable de rendre ce rapport coût/bénéfice facile à percevoir, en offrant de réels avantages aux personnes appartenant au secteur formel, notamment en termes de

protection sociale, tout en agissant auprès des personnes du secteur informel pour faciliter leur transition.

Pour réussir à ce niveau, il est important de fournir une protection sociale adaptée aux besoins des travailleurs de l'informel. On sait que l'accès à la santé est primordial pour chacun : les Caisses de Sécurité Sociale doivent donc offrir prioritairement une couverture à ce niveau. Il est peu convaincant de demander aux personnes du secteur informel de s'affilier pour obtenir en échange des prestations familiales...malgré leur nécessité.

D'autre part, les régimes de protection sociale doivent être progressivement rendus obligatoires, tout en continuant à inciter les personnes à s'y affilier. Pour atteindre ces populations, il est utile de les regrouper dans des chambres des métiers, des chambres de commerce ou encore des organisations professionnelles. Il y a une méconnaissance de l'administration envers l'économie informelle, et inversement.

Enfin, il faut simplifier les procédures. Encore aujourd'hui, pour un artisan, intégrer le secteur formel est un parcours du combattant (5 à 6 rendez-vous, s'il sait où il doit aller).

DÉBAT ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE

QUESTIONS / RÉPONSES

A la fin des interventions, M. Elhadji Idé Djermakoye, responsable de l'ONG PROTESCO – Niger pour le socle de protection sociale, a demandé à M. Justin Sossou de préciser les critères de sélection des indigents.

Réponse de M. Justin Sossou

Secrétaire général adjoint du Ministère de la Santé du Bénin

Les critères permettant d'identifier les indigents dans les communes s'articulent autour des besoins fondamentaux de l'Homme, à savoir se soigner, se loger, se nourrir et s'instruire. Le processus de ciblage tient aussi compte de l'entourage immédiat de

la personne. De fait, si certaines personnes ne peuvent satisfaire elles-mêmes leurs besoins fondamentaux, elles disposent de proches qui peuvent les aider. Ce type de profil n'est pas répertorié comme de l'indigence.

Afin d'être le plus précis possible, le ciblage des indigents est fait au niveau du village, puis l'information remonte jusqu'à l'administration centrale.

Mme Solli Ramatou, conseillère au CESOC du Niger et représentante des structures de la société civile qui militent dans le domaine des actions extractive a rappelé que son groupe propose depuis longtemps qu'un pourcentage de 12% des revenus miniers soit affecté au financement de la protection sociale. Elle a demandé au Dr. Hassane Sanda Maiga de lui expliquer pourquoi le gouvernement n'a jamais pris en compte cette proposition. Elle a aussi demandé des précisions sur le rôle que doivent tenir les CES vis-à-vis de la question de la protection sociale.

Réponse du Dr. Hassane Sanda Maiga

Conseiller spécial du Premier ministre du Niger

Je connais en effet cette idée. Il faut continuer à en faire le plaidoyer, jusqu'à ce qu'elle soit prise en compte, par exemple dans le projet de loi en cours d'approbation.

Réponse de M. Sadibi Bouka

Vice-Président du CES du Gabon

Dans la plupart de nos pays, le rôle du CES est inscrit dans la Constitution. Au Gabon, il

s'agit d'une assemblée consultative, obligatoirement consultée pour toutes les questions financières, économiques ou sociales et qui dispose d'un droit d'auto-saisine.

En outre, notre Conseil est chargé de rédiger tous les ans un recueil des attentes et des besoins de la société civile, adressé ensuite au gouvernement. Ce document est une espèce de baromètre de la situation sociale du pays.

Une personne dans la salle a demandé à M. Ariel Pino des précisions sur les méthodes d'identification des personnes appartenant au secteur informel. Il lui a demandé également s'il existait des garanties pour que les banques acceptent de financer l'activité de ces populations, dont les revenus sont incertains.

Réponse de M. Ariel Pino

Spécialiste en sécurité sociale du Bureau International du Travail à Dakar

Avant de répondre à cette question, je voudrais quand même rappeler que la protection sociale n'est pas destinée exclusivement aux personnes vulnérables. Même si les approches ne sont pas les mêmes pour tous, tout le monde y a droit.

Par rapport au secteur informel, l'identification, non seulement des personnes mais aussi de leurs revenus, est en effet un des problèmes les plus difficiles à résoudre, notamment en ce qui concerne le secteur agricole.

La première étape est d'organiser le secteur informel, en créant des organisations professionnelles, des chambres de métiers, des chambres de commerce, qui serviront d'intermédiaires entre les personnes et l'administration.

Enfin, en ce qui concerne les banques, il existe des garanties : les critères de régularité dans le paiement des cotisations pourraient par exemple être mis à disposition des banques, afin qu'elles s'assurent de la capacité des ménages à se soumettre à leurs obligations.

Les auditeurs ont réagi vis-à-vis de ces échanges.

Il en est ressorti que dans les Etats africains, la gestion étatique n'est pas toujours exercée de façon suffisamment démocratique, et que tant que les politiques publiques ne seraient pas mises en place avec transparence, la protection sociale ne pourra jamais être mise en œuvre.

TABLE RONDE 4

Centralisation et déconcentration ou décentralisation des systèmes de gestion des socles, et place des systèmes mutualistes, participatifs et privés

Samedi 20 septembre

Définir un système de gouvernance qui allie centralité et adaptation à la grande diversité des publics visés par les socles, et qui offre une réponse intelligente à l'hétérogénéité des situations entre régions, entre milieux ruraux et urbains, prenant en compte les traditions culturelles sans s'y soumettre, etc..., implique une grande inventivité gestionnaire.

Le manque fréquent de compétences techniques est aussi un défi. Nombre de politiques de socles s'appuient pour ces différentes raisons sur l'expérience mutualiste qui a souvent joué un rôle important en termes de formation. Des expériences associant des entreprises existent aussi. La session présentera quelques modèles combinant une gestion centralisée adossée à la garantie de l'Etat avec des formes de décentralisation favorisant l'appropriation et une efficience liée à la proximité.

Modérateur – M. Youssoufou Ahmadou TIDJANI, Secrétaire général du CESOC du Niger et trésorier de l'UCESIF





M. Hassane Garba BARKIRE

Directeur général de la protection sociale du ministère de l'emploi du travail et de la sécurité sociale du Niger

Qu'est-ce qu'une mutuelle ?

Les mutuelles au Niger s'inscrivent dans le cadre du règlement UEMOA n°07/2009/CM portant réglementation de la mutualité sociale.

L'article premier de ce règlement définit les mutuelles sociales comme des « *groupements qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences* ».

L'article 13 définit leur objet principal comme la prévention des risques sociaux liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences. Les mutuelles peuvent, à titre accessoire, exercer toute activité ayant pour objet l'amélioration des conditions de vie et l'épanouissement de leurs membres.

Aux termes de cette réglementation, il est prévu que les pays disposent d'un organe administratif de régulation des mutuelles. Depuis 2011, le Niger dispose d'un organe de ce type. Il joue un rôle de pérennisation du système, car nous avons vu que la gestion laissée aux seuls soins des ressortissants peut rencontrer des difficultés car ceux-ci n'ont pas toujours les capacités techniques requises.

Les principes et valeurs de référence pour les mutuelles

Certaines caractéristiques de base se retrouvent dans la plupart des mutuelles. Il s'agit de l'adhésion volontaire, du but non lucratif, du fonctionnement démocratique et participatif, de la solidarité, de l'autonomie et l'indépendance, du bénévolat et de la participation responsable.

Cet ensemble de principes et valeurs fait que les mutuelles représentent à la fois une force et une faiblesse dans le cadre de la mise en

œuvre des socles de protection sociale. De fait, si leurs mécanismes de fonctionnement, basés sur la proximité et la participation des bénéficiaires, sont souvent adaptés aux populations du secteur informel et agricole, elles souffrent souvent d'une mauvaise gestion car les bénéficiaires ne sont pas suffisamment formés. Par ailleurs, le principe d'adhésion volontaire en va dans le sens d'un droit universel à la protection sociale.

Le paysage mutualiste au Niger

Il existe actuellement au Niger 20 mutuelles fonctionnelles pour environ 5930 bénéficiaires.

Leur offre est limitée : elles ne prennent en effet en charge que les petits risques (soins de santé primaires essentiellement), à des taux variant entre 50 et 80% selon les prestations. Aussi ne couvrent-elles pas les dépenses dans les pharmacies privées alors que celles-ci constituent l'une des premières doléances des adhérents.

Certains corps de l'administration ainsi que les travailleurs d'entreprises publiques, parapubliques et privées (notamment l'armée, les douanes, l'Office Nationale des Postes et de l'Épargne, la Société Nigérienne de l'Électricité, la Société Nationale des Transports du Niger, etc.) ont mis en place des mutuelles professionnelles, qui fonctionnent à des degrés de réussite divers. Ces mutuelles, en plus des soins de santé, développent d'autres prestations telles que l'allocation décès, les aides financières en cas de sinistre, indemnités de retraite, etc.

L'État est aussi en train de mettre en place une mutuelle de santé pour les fonctionnaires. Le cadre juridique de cette mutuelle a déjà été défini. On espère donc qu'en 2015, elle fonctionnera de manière effective.

Le rôle des mutuelles dans la gestion d'un système de couverture sociale universelle

Dans un système de couverture sociale universelle, les besoins en gestion sont divers. Il s'agit notamment de l'affiliation et l'immatriculation, du recouvrement des cotisations et du suivi des comptes de cotisations, des partenariats avec les prestataires de soins, du traitement et paiement des prestations, de la gestion comptable et financière, de l'information et de la communication, et de la maîtrise des risques.

Les mutuelles sociales peuvent jouer un rôle dans ces différentes fonctions de gestion, en profitant de leur position de proximité pour assurer les fonctions qui nécessitent un contact direct avec les bénéficiaires (*front office*), comme l'affiliation, l'immatriculation, le recouvrement des cotisations,

l'information, la communication et le contrôle social.

La gestion technique et financière (*back office*) qui ne nécessite pas des contacts directs avec les assurés, notamment la conception, l'ingénierie du système et la gestion des relations avec les prestataires de soins relève davantage de la compétence d'une institution nationale spécialisée ayant des représentations au niveau local.

En termes de perspectives, la mutualité a de beaux jours devant elles : l'UEMOA a notamment mis en place, avec l'appui financier de l'AFD, un programme d'appui à l'extension de la couverture du risque maladie, où les mutuelles jouent un rôle central.



Mme Stella SOME

Directrice générale de la protection sociale du Burkina Faso

Au Burkina Faso, le droit à la protection sociale est consacré dans la Constitution. Cependant, toute l'économie informelle, c'est-à-dire 80% de la population (dont une grande partie de personnes pauvres et vulnérables), ne bénéficie pas de cette protection.

Pour pallier ce déficit, les ménages se sont organisés afin d'assurer eux-mêmes leur prise en charge face aux risques sociaux, notamment en créant des organisations qui se réclament des valeurs intrinsèques de notre société, telle que la solidarité, l'entraide et la démocratie : ce sont les mutuelles de santé ou les mutuelles sociales.

C'est pourquoi lorsque, dans le souci d'étendre la protection sociale à l'ensemble de la population, le gouvernement a engagé en 2008 une réflexion sur la mise en place d'un système d'assurance maladie, il a choisi de passer par les mutuelles.

Le développement des mutuelles sociales est aussi inscrit dans la politique nationale de

protection sociale adoptée par le gouvernement en septembre 2012. Les pouvoirs publics ont aussi élaboré une stratégie nationale de développement des mutuelles sociales qui va bientôt être soumis au Parlement pour adoption.

Les mutuelles sociales au Burkina Faso

Le dernier inventaire national des mutuelles a été réalisé en 2011 par une ONG, l'Institut d'appui aux mutuelles sociales. On en a ainsi dénombré 188 fonctionnelles, pour un total de 103 373 adhérents et 256 015 bénéficiaires. Parmi celles-ci, 56% sont des mutuelles de santé classiques. Dans leur ensemble, elles ont mobilisé pour leurs membres 64 millions FCFA en 2007, et 1.23 milliards FCFA en 2010.

Ces organismes sont le fruit de l'action des acteurs de la société civile. Cependant, des

structures d'appui ont été mises en place par les pouvoirs publics pour assurer un encadrement technique, comme le cadre national de concertation des structures d'appuis aux mutuelles sociales (CCSAM).

Les mutuelles sociales disposent d'avantages considérables : en témoigne la croissance rapide du nombre de leurs bénéficiaires. Cela s'explique par l'accessibilité financière des soins aux populations aux revenus limités et la solidarité qui se développe à travers ce mécanisme. Elles sont aussi marquées par des faiblesses comme la faible couverture du territoire national, mais cela ne doit pas nous empêcher de voir les mutuelles comme une opportunité formidable.

Quelle place occupera la mutualité dans le cadre de l'assurance maladie universelle ?

La décentralisation en communes et en régions constitue un atout sur lequel le gouvernement veut s'appuyer pour la structuration de l'assurance maladie. Les mutuelles serviront donc de cadre de coordination des efforts au niveau local. Leur rôle est d'autant plus important qu'elles sont

présentes au niveau des communes, un échelon dont la taille favorise l'identité collective. Cet élément est important pour que les populations acceptent de mettre en commun leurs ressources, mais aussi pour que l'identification des personnes indigentes soit facilitée.

Nous espérons aussi que les mutuelles pourront aider à résoudre le problème majeur que l'on rencontre lorsque l'on veut mettre en œuvre une assurance maladie universelle, c'est-à-dire le recouvrement de la part contributive au sein de l'économie informelle. Leur expérience en la matière sera capitalisée et améliorée jusqu'à ce que les mécanismes soient optimaux.

Les mutuelles seront implantées dans une architecture institutionnelle décentralisée à trois niveaux : communal, régional et national. Elles auront pour rayon d'action directe la commune, ou l'arrondissement pour les grandes villes comme Ouagadougou et Bobo Dioulasso. La contractualisation avec l'offre de soins se fera aussi à ce niveau. Au niveau régional sera mise en place une union des mutuelles sociales, et des hôpitaux contenant des centres chirurgicaux. Au niveau national enfin, sera créée une fédération des mutuelles sociales.



M. Jean-Philippe Huchet

Directeur du Programme d'appui au développement des stratégies mutualistes de santé pour l'Afrique de l'Ouest (PASS)

La mutualité a un rôle à jouer dans la mise en œuvre des socles de protection sociale universelle. De fait, elle permet l'implication des adhérents pour une protection solidaire, puisqu'ils décident eux-mêmes des niveaux de prestation et de cotisations, ainsi qu'une meilleure adaptation aux besoins des bénéficiaires, puisqu'encre une fois, ce sont eux qui définissent les risques qu'ils veulent couvrir.

Malgré certains échecs ici et là, l'Association internationale de la sécurité sociale a pu ainsi reconnaître dans un rapport de 2013 que

« les mutuelles sont un outil efficace dans l'extension de la protection sociale ».⁹

Il est d'autant plus important de reconnaître la valeur des mutuelles sociales que dans cette période de croissance pour l'Afrique, un certain nombre d'assureurs privés lucratifs captent les revenus des personnes les plus aisées, privant ainsi de solidarité nationale ceux qui ont peu de revenus. Le système

⁹ Rapport disponible à l'adresse suivante : <http://www.issa.int/fr/details?uuid=7da1f24c-9287-44fe-adb2-7400d5b9e446>

mutualiste doit aujourd'hui s'implanter pour éviter que les « bons risques » soient monopolisés par les assureurs privés, ne laissant aux collectivités nationales que les « mauvais risques », rendant les régimes solidaires impossibles à équilibrer.

Quels sont les défis ?

Le grand défi auquel doit faire face le monde mutualiste concerne la gouvernance. De fait, les échecs qu'ont connus les mutuelles dans le passé ont souvent été attribués au fait qu'il s'agissait de mécanismes mal montés, par des gens qui n'étaient pas formés.

Il s'agit donc de mettre en place un système de gestion transparent, représentatif, et surtout efficace : l'adhérent qui paie des cotisations ne veut pas que tout son argent passe dans la gestion. Celle-ci ne doit pas représenter plus de 18% des coûts globaux.

Un autre défi est de réussir à inscrire les mutuelles dans une dynamique nationale. De fait, elles se développent mieux lorsqu'un cadre national définit des priorités, et qu'elles participent alors à des objectifs. Je rappelle également que la mutuelle n'est qu'une étape avant que l'Etat intervienne et étende la mutualisation des risques à l'ensemble de la population. Après quoi, la mutuelle offre des prestations complémentaires.

Enfin, la mutuelle doit réussir à mobiliser l'offre : il ne sert à rien de proposer des prestations s'il n'y a pas d'offre en parallèle (notamment pour la santé).

Qu'est-ce que le PASS ?

Le Programme d'appui au développement des stratégies mutualistes de santé en Afrique de l'Ouest (PASS) est un engagement concret qui lie des acteurs africains et français qui ont décidé de travailler ensemble à l'amélioration de l'accès aux soins.

Plus concrètement, le PASS est une *assistance à maîtrise d'ouvrage*. Cela signifie que son rôle n'est pas de décider ou de créer de la dynamique au sein des populations, mais plutôt d'appuyer les initiatives lorsque les acteurs locaux décident de les prendre. PASS aide à définir des objectifs précis (plans d'actions, priorités, etc.), à rassembler les conditions pour un développement pérenne et propose des formations pour les dirigeants et les salariés des mutuelles.

PASS permet aussi de mettre en relation les mutuelles avec de potentiels partenaires, pour s'assurer que l'offre existe en parallèle des cotisations. Il peut le faire de deux façons : soit en négociant les prix et en signant des conventions avec des offres déjà existantes, soit en créant elle-même de l'offre.

En ce qui concerne la structuration du mouvement, PASS va pousser les mutualités à rejoindre l'Union Africaine de la Mutualité (UAM). Il est en effet très important que les mutuelles de divers pays puissent se retrouver et partager leurs expériences. Cet appui à passera d'abord par l'ouverture et la structuration d'un bureau sous-régional de l'UAM, et par un appui aux travaux de la commission de la mutualité de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA).

PASS œuvrera aussi à la constitution d'un réseau d'experts mutualistes locaux au niveau sous régional et d'un mécanisme de coopération sud-sud. Il y a en Afrique une expertise mutualiste (certaines mutuelles couvrent des centaines de milliers de personnes) : les conditions qui ont permis la réussite de ces expériences doivent être connues de tous.

Il sera également indispensable de développer des systèmes de gestion partagés et centralisés entre pays. Si la gouvernance des mutuelles doit être décentralisée au plus près des usagers, pour qu'elle soit vraiment représentative, tout ce qui relève de la gestion à proprement parler doit être centralisé, afin de maintenir les coûts de gestion en dessous des 18%. Il est primordial de lutter contre le gaspillage, et de contrôler les gestionnaires pour éviter toute corruption (les gestionnaires doivent donc être des prestataires extérieurs). Cette idée n'est pas nouvelle. Même les banques le font : quand elles ont créé les distributeurs, elles ont en effet décidé de créer des outils de gestion communs, alors même qu'elles n'ont pas les mêmes clients...

Enfin, PASS participera à la création d'activités de sensibilisation, d'éducation et de communication aux niveaux régional et international

Comment fonctionne PASS ?

PASS s'impliquera d'abord dans la région UEMOA, puis, après quelques années, dans

la Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale (CEMAC). Une action prioritaire aura lieu en Côte d'Ivoire, parce qu'elle représente 40% du PIB de la zone UEMOA et que la MUGEF CI est la plus importante des mutuelles sub-saharienne (600 000 personnes protégées). PASS s'impliquera aussi avec le Maroc où se trouve le siège de l'UAM.

L'objectif est aussi de créer des mutuelles qui durent dans le temps. Les africains ont souvent reproché aux mutualistes du nord de mettre en place des programmes qui ne peuvent survivre après leur départ. Afin de

résoudre ce problème, PASS tentera, entre la troisième et la sixième année, c'est à dire après avoir mis en place les structures de base financées par les français, de transformer la mutuelle en une plateforme technique pérenne, intégrée à l'UAM. Au bout de six ans, les français pourront se désengager.

Le programme débute à partir du 1^{er} janvier 2015, avec l'aide de nombreux partenaires financiers, comme la MGEN, l'Unéo, la MGEFI, la MNT, la Matmut, la Casden, l'AISS, l'AIM, l'ICMIF, et au plan français, la MSA.



M. François Fatoux

Délégué général de l'Observatoire sur la responsabilité Sociétale des Entreprises

L'Observatoire sur la Responsabilité Sociétale des Entreprises (ORSE) et le Bureau international du Travail (BIT) ont publié en 2013 une étude ayant pour thème «l'extension de la sécurité sociale et la responsabilité sociale des entreprises multinationales». ¹⁰

Cette étude s'appuie sur un travail d'enquête sur la couverture sociale des salariés de 15e entreprises ayant leur siège social en France : Accor, l'Agence Française de Développement (AFD), Air France, BNP Paribas, Danone, EDF, Havas, Lafarge, Orange, Renault, Sanofi, Schneider Electric, Total, Vallourec et Véolia Environnement.

Je voudrais dans cette intervention faire ressortir les motivations qui ont conduit ces entreprises à définir sur un plan mondial des

orientations générales pour l'ensemble de leurs employés dans le monde.

Améliorer la productivité et réduire l'absentéisme

La mise en place d'une couverture sociale en santé est perçue comme un investissement et non uniquement comme un coût.

L'une des motivations de l'entreprise est d'investir dans son capital humain, afin notamment d'améliorer la productivité et de réduire l'absentéisme (absentéisme de longue durée lié à l'absence de soins par exemple).

La promotion de la santé des salariés peut en effet induire une hausse de la productivité. L'action de l'entreprise peut prendre la forme de la mise en place d'une couverture en assurance-maladie, mais elle peut aussi, de façon complémentaire, prendre la forme d'autres services, tels la restauration d'entreprise.

Réduire le turn-over et fidéliser les salariés

Dans un environnement de plus en plus concurrentiel, les entreprises cherchent à

¹⁰ Disponible à l'adresse suivante :

http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CC8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ilo.org%2Fwcm5%2Fgroups%2Fpublic%2F---ed_protect%2F---soc_sec%2Fdocuments%2Fpublication%2Fwcm5_210102.pdf&ei=dU9zVNPWFsizarP8gpgN&usq=AFQjCNH_YakVD_4-RqdBmbREFsr4DJvB5Dg&bvm=bv.80185997.d.d2s

réduire leur taux de turn-over. Celui-ci est particulièrement important dans les pays émergents et en développement où nombre d'entreprises souhaitent s'implanter afin de conquérir de nouveaux marchés.

Fidéliser les salariés et attirer les talents sont des enjeux de RH pour lesquels l'un des meilleurs arguments semble rester le paquet de rétribution globale: rémunération et avantages sociaux (notamment la couverture sociale).

Ces avantages sociaux sont perçus comme des compléments de salaire et ce, même si le salarié doit payer une part de cotisations: elles leur garantissent, par exemple, la réversion de tout ou partie de leur salaire en cas de congé maladie, de congé de maternité, ou au moment de leur départ à la retraite.

Un prolongement de la promotion de la santé et de la sécurité au travail

Les entreprises pensent leur programme de couverture sociale de tous les salariés (en particulier les garanties invalidité-décès et maladie) comme un prolongement de leur politique de santé et de sécurité au travail, cette fois en dehors du lieu de travail. Cela semble être particulièrement le cas lorsque le secteur d'activité de l'entreprise nécessite la présence de programmes de prévention et de soins de santé plus élaborés sur le lieu de travail.

En particulier, la création d'infrastructures de santé sur site semble être un facteur poussant à la prise en considération des besoins en santé des salariés, y compris en dehors du lieu de travail.

Sur le plan pratique, les entreprises peuvent ainsi capitaliser sur leur savoir-faire en santé et sécurité au travail (montage des plans d'actions à mener, méthodes de management et de suivi) dont elles peuvent se servir pour déployer leur programme de protection sociale.

Amélioration de l'environnement de travail et de l'ancrage territorial

Quelques entreprises se positionnent dans une logique d'amélioration constante des conditions et de l'environnement de travail,

influençant directement la santé des salariés, voire impactant les populations riveraines.

Dans le cadre d'appels d'offre publics, l'obtention de contrat, notamment dans le secteur de l'énergie et des infrastructures, est souvent conditionnée par les autorités locales à l'investissement dans des infrastructures d'utilité publique, tels que des centres de soins, par exemple.

Cela s'ajoute au fait que les activités d'une entreprise étrangère sont parfois perçues par les populations riveraines des implantations comme ayant un impact négatif (pour des raisons de gouvernance, d'impact environnemental, etc.).

La politique de RSE de l'entreprise, dont la protection sociale est vue comme l'un des éléments, sert alors l'amélioration de «l'acceptation sociétale» des sites, ou encore «la possibilité d'opérer», selon l'expression de certaines entreprises.

Positionnement vis-à-vis des concurrents

Les entreprises qui s'inscrivent dans la démarche d'offrir une couverture sociale à l'ensemble de leurs salariés (et le cas échéant à leurs familles et au-delà) et valorisent leurs actions en communiquant publiquement, cherchent à se positionner comme leaders, soit dans leur secteur d'activités, soit sur ce thème.

Elles semblent souhaiter se positionner comme des exemples en matière d'innovations sociales en développant le volet social de leur politique de développement durable et de RSE.

Il s'agit également d'un enjeu d'image institutionnelle. L'image de l'entreprise et sa réputation sont des enjeux d'autant plus grands que les entreprises cherchent à se développer sur de nouveaux marchés, notamment dans les pays où la croissance économique est importante.

Un besoin d'harmonisation des avantages sociaux

Les multinationales sont actuellement soumises à de nombreuses pressions compte tenu du climat concurrentiel international.

En particulier, il existe une exigence de transparence croissante pour ces entités avec la mise en place de nouvelles obligations de reporting qui poussent les entreprises à harmoniser au niveau du Groupe un certain nombre de leurs politiques, notamment sociales.

Par ailleurs, la pression concurrentielle les pousse également à rationaliser leurs dépenses. Cette double pression peut certaines les entreprises

Un enjeu de non-discrimination

L'uniformisation, dans la mesure du possible, de la couverture sociale au niveau de l'ensemble des salariés d'une multinationale permet en outre de répondre à un enjeu d'égalité de traitement des salariés, quel que soit le site d'implantation.

En effet, il existe le plus souvent des inégalités entre les salariés en termes de protection sociale. Ces inégalités sont souvent liées à des systèmes légaux de protection sociale variés et aux différents niveaux de dialogue social sur ces sujets dans les divers pays d'implantation.

L'harmonisation de la couverture sociale des salariés peut renforcer la politique de non-discrimination et d'égalité femme-homme au sein de l'entreprise, en particulier via les garanties liées à la maternité.



Mme Solange Heise

Représentante de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)

Beaucoup d'entre vous qui connaissent la FAO vont se demander quel est le lien entre nos activités et la protection sociale. Je vous assure cependant qu'il existe des rapports très étroits entre la protection sociale, la sécurité alimentaire, le développement rural, et la réduction de la pauvreté.

La prise en charge de la maternité et la reconnaissance du droit au congé de maternité, garantissant à la salariée de pouvoir réintégrer l'entreprise sont la base de tout plan d'actions portant sur la non-discrimination des femmes et sur l'égalité professionnelle.

Un enjeu de maîtrise des coûts

L'harmonisation de la couverture sociale permet aux entreprises un meilleur pilotage de leur stratégie en matière de rémunérations et avantages sociaux. Ce pilotage est maintenant nécessaire car les multinationales doivent notamment se conformer aux normes comptables internationales, notamment à la norme IAS 19 qui concerne directement l'obligation de provisionnement de la couverture des risques pris en charge par l'entreprise.

Disposer d'une politique salariale globale, consolidée au niveau du Groupe peut être une nécessité afin de faire face aux exigences de suivi financier mais également afin d'en maîtriser les coûts. En effet, l'harmonisation de la couverture sociale permet, entre autres, de pouvoir négocier un contrat de groupe avec un assureur unique et de faire appel à des mécanismes techniques permettant une réduction des coûts

La protection sociale pour qui ?

La protection sociale est un droit universel : chacun doit pouvoir bénéficier d'une couverture contre les risques de la vie. La plupart de nos pays possèdent déjà des mécanismes formels de protection sociale : cependant, nous constatons que les agriculteurs, les éleveurs, les pêcheurs et ceux qui vivent de la forêt n'en bénéficient

pas et nécessitent par conséquent une attention particulière.

Ces tous petits exploitants qui n'ont pas de terres et dont les moyens de subsistance sont étroitement dépendants des aléas climatiques n'ont en effet d'autre protection que les surplus de leur production, voire leurs enfants. Et pourtant, ils contribuent fortement à la croissance économique.

Les femmes et les enfants constituent aussi des cibles privilégiées lorsque l'on cherche à mettre en œuvre la protection sociale. Les femmes favorisent partout la mobilisation, et les jeunes, parce qu'ils constituent une main d'œuvre peu chère, ne bénéficie pas d'une réelle éducation.

La protection sociale pour quoi ?

La protection sociale doit viser plusieurs objectifs clés :

- Protéger les plus vulnérables qui ne bénéficient pas de la croissance économique.
- Contribuer directement à l'accélération de la croissance économique
- Favoriser l'émancipation économique et sociale des femmes
- Diminuer le travail des enfants et leur assurer un meilleur avenir

L'approche de la FAO face aux défis

Les gouvernements sont confrontés à un ensemble de défis lorsqu'ils souhaitent mettre en œuvre un socle de protection sociale universelle. En ce qui concerne les populations démunies vivant d'agriculture, il s'agit surtout de l'extension de la couverture sociale, et de la conception de régimes qui soient en accord avec les politiques plus larges de développement rural, et au sein desquelles les activités de développement et la protection sociale se complètent mutuellement.

Vis-à-vis de ces problématiques, la FAO cherche à renforcer nettement ses activités et ses capacités, afin de pouvoir mieux aider les gouvernements, les initiatives régionales et

les partenaires. D'autre part, la FAO établit des liens avec les pays en favorisant une meilleure convergence des politiques et les synergies entre la protection sociale, la sécurité alimentaire, le développement agricole et la réduction de la pauvreté.

Cependant, la FAO ne peut pas agir seule car elle n'est pas experte dans tous les domaines. C'est pourquoi elle s'est engagée dans un certain nombre de partenariats :

- AGIR, Alliance globale pour l'Initiative Résilience – Sahel
- Renewed Partnership for Unified Approach to End Hunger in Africa by 2025
- Partenariats techniques au niveau national (ministères de l'agriculture, élevage et ministères compétents
- Partenariats techniques et financiers avec d'autres organismes internationaux (Banque Mondiale, BIT, PAM, UNICEF, Union européenne, ...)

Les actions concrètes de la FAO en matière de protection sociale

La FAO met en œuvre un programme dans la région de l'Afrique subsaharienne, pour le Burkina Faso, le Niger et le Sénégal.

L'objectif de ce projet est de renforcer les capacités humaines et institutionnelles pour mieux parler de protection sociale, de faciliter le dialogue entre les parties prenantes et de fournir des connaissances concrètes, surtout au niveau national, de sensibiliser les parties prenantes à l'importance de la protection sociale, de produire et diffuser des connaissances aux niveaux local, national, régional, et de partager des méthodes et des outils d'analyse.

La FAO fournit également un appui au gouvernement du Niger dans le cadre de l'Initiative 3N «les Nigériens nourrissent les Nigériens», collabore étroitement avec le PAM pour la réalisation du programme PAA «Acheter aux Africains pour l'Afrique», et met en œuvre le programme d'autonomisation économique de la femme rurale avec le PAM, le FIDA et ONU Femmes.

DÉBAT ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE

QUESTIONS / RÉPONSES

A la fin des interventions, le président de la Commission des affaires sociales du CESOC du Niger et secrétaire général de la confédération démocratique des travailleurs du Niger a demandé à M. Hassane Garba Barkire, Directeur de la protection sociale au ministère de l'emploi, du travail et de la sécurité sociale du Niger pourquoi la mutuelle de santé pour les agents de l'Etat, dont la mise en place a commencé il y a 10 ans, n'était toujours pas en fonction.

Réponse de M. Hassane Garba Barkire,
Directeur de la protection sociale au ministère de l'emploi, du travail et de la sécurité sociale du Niger

Ce retard est causé par trois séries de facteurs.

Premièrement, le processus de mise en œuvre de cette mutuelle a rencontré des difficultés financières. Le comité qui était chargé de travailler sur le sujet s'est trouvé sans ressources, et le projet a dû s'arrêter pour une certaine période.

Deuxièmement, depuis que le processus a été enclenché, il y a eu beaucoup de mutations sur le plan institutionnel, qui ont impacté le processus lui-même : les interruptions du

processus démocratique et les changements de régime entraînent de graves pertes de temps.

Troisièmement, le comité a commis une erreur méthodologique : au lieu d'adopter au fur et à mesure les textes sur lesquels il a travaillé toutes ces années, il a décidé de tous les stocker, en attendant la finalisation du processus.

Malgré tout cela, je vous assure qu'il y a aujourd'hui une ferme volonté pour que ce projet soit mené à son terme. Les projets de texte sont pratiquement parvenus au secrétariat du gouvernement.

M. Jean-Philippe Huchet, Directeur du Programme d'appui au développement des stratégies mutualistes de santé pour l'Afrique de l'Ouest (PASS), a posé la question suivante à M. Fatoux : un salarié d'une grande entreprise, et résidant au Niger, doit-il être solidaire avec les autres salariés, qu'ils viennent de Paris ou de New York, ou doit-il d'abord être solidaire avec la population nigérienne ?

Réponse de M. François Fatoux
Délégué général de l'Observatoire sur la responsabilité Sociétale des Entreprises

Je pourrais poser la même question en ce qui concerne les mutuelles mises en place dans les administrations publiques et qui, dans un certain nombre de pays en voie de développement, fournissent aux fonctionnaires des avantages complètement déconnectés des réalités dans le pays.

Ce qui est intéressant dans le concept de Responsabilité Sociétale des Organisations (RSO), c'est qu'il pousse les organisations de tout type (entreprise, association, syndicat, mutuelles, etc.) à s'interroger et à se remettre en cause. Dans le cas des mutuelles, on pourrait se demander quelle est la place qui est réservée aux femmes, aux jeunes, et aux victimes d'exclusion au sein des organes de gouvernance ?

Certains auditeurs ont souhaité compléter ce qu'avaient dit les intervenants de la table ronde en partageant leur expérience sur le sujet.

M. Adam Dramane BATCHABI

Conseiller technique au sein de l'Institut National de l'Assurance Maladie du Togo

D'une manière générale dans nos Etats, les mutuelles se sont développées parce qu'il y avait « *une absence de l'Etat* ». La population a fait elle-même face aux difficultés qu'elle éprouvait, en s'organisant avec l'aide des ONG.

Aujourd'hui, les Etats ont pris conscience de l'utilité de mettre en œuvre des socles de protection sociale. La question est donc de savoir quel va être le rôle des mutuelles dans cette nouvelle architecture.

Cette question a pu freiner le processus de construction des socles dans certains pays, puisque les acteurs qui agissaient déjà dans ce domaine ont perçu l'entrée des mécanismes d'assurance universelle comme une menace pour leur position, et ont tout fait pour ralentir le processus.

M. Abdelemoula Abdelmoumni

Président de l'Union Africaine de la Mutualité (UAM)

L'Union Africaine de la Mutualité est un organisme véritablement présent au niveau de l'Afrique pour apporter un soutien au développement de la mutualité. Il existe de grandes volontés politiques à ce sujet, et des plans d'actions se mettent en place. Cependant, les problèmes de financements sont nombreux : c'est pourquoi je voudrais remercier M. Huchet pour son soutien au travers du PASS.

Au Maroc, nous avons une longue expérience dans la mutualité : la première mutuelle a été créée en 1919. Aujourd'hui, on nous militons avec le soutien de M. Huchet pour que le monde de la mutualité continue à se développer. Je félicite à cet égard le CESE marocain qui a donné un avis favorable aux principes de la mutualité. J'espère que le Parlement ira dans le même sens.

M. Alexis BIGEARD

Conseiller en Politique de Financement de la santé au sein de l'Équipe d'appui inter-pays en Afrique de l'Ouest de l'Organisation Mondiale de la Santé et point focal du réseau P4H en Afrique de l'Ouest

Je voudrais évoquer deux difficultés marquantes dans le monde de la mutualité, qui n'ont pas été abordées jusqu'à présent.

Premièrement, elles sont confrontées à un manque de représentation au niveau national. De fait, si les mutuelles peuvent représenter jusqu'à 5% de la population, on remarque qu'elles sont rarement constituées au-delà du niveau communal. Au niveau national, leur voix et donc celle du secteur informel est portée uniquement par les mécanismes de soutien aux mutuelles qui sont loin d'être représentatifs.

Deuxièmement, elles éprouvent des difficultés à s'insérer dans une dynamique de mise en place d'un socle de protection sociale car les projets d'assurance maladie universelle se fondent sur des subventionnements de l'Etat très importants. Cette situation ne permet plus aux mutuelles d'être compétitives au niveau de leur panier de soins. Elles doivent alors se réorienter, pour proposer des prestations complémentaires : mais cela suppose de réfléchir en amont sur le rôle qu'elles souhaitent avoir dans la société.

M. Jean-Philippe Huchet

Directeur du Programme d'appui au développement des stratégies mutualistes de santé pour l'Afrique de l'Ouest (PASS)

Comme l'a très justement dit M. Batchabi, les mutuelles sont souvent en opposition avec les systèmes d'assurance maladie universelle à l'échelle des pays. La mutualité existe depuis bien plus longtemps que la sécurité sociale : en France, des sociétés de secours mutuel

ont été créées au 19^{ème} siècle (les enseignants, avant la seconde guerre mondiale, avaient déjà 140 mutuelles), alors que la sécurité sociale n'a été créée qu'en 1945. Dans un premier temps, les mutuelles se sont opposées à la création de la sécurité sociale, car elles avaient peur de disparaître : cependant, elles ont vite compris qu'elles avaient toujours un rôle important à jouer.

D'abord, l'Etat ne pouvait pas couvrir seul l'ensemble des risques auxquelles la population était confrontée. Les mutuelles se sont donc investies dans des activités de protection sociale complémentaire. Ensuite, l'Etat ne pouvait pas non plus à l'époque assurer seul la gestion de l'assurance maladie. Les mutuelles ont donc contribué à la gestion et continuent de le faire aujourd'hui encore pour les fonctionnaires.

Les évolutions de la sécurité sociale et de la mutualité en France sont comparables à celles de l'UEMOA avec un petit décalage de temps. Il est donc possible de profiter des erreurs commises au nord dans le passé, pour être plus rapidement efficace dans le sud à l'avenir. En Côte d'Ivoire par exemple, l'Etat met en place une couverture maladie à destination de tous les citoyens qui permettra à une Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) nouvellement créée de travailler avec les acteurs mutualistes comme avec les assureurs privés pour assurer la réussite du projet. Le programme PASS, que j'ai déjà évoqué, accompagnera le mouvement mutualiste pour l'aider à assumer ses responsabilités dans la mise en place de couvertures santé solidaires.

SYNTHÈSE DES TRAVAUX



M. Michel DOUCIN

Secrétaire général de l'UCESIF

Je suis très honoré de présenter ici, dans une synthèse rapide, les conclusions qui se dégagent de ce colloque organisé par l'Union des Conseils Economiques et Sociaux et Institutions similaires des Etats et gouvernements membres de la Francophonie (UCESIF), en étroite collaboration avec le Conseil Economique, Social et Culturel (CESOC) du Niger. Comme vous le comprenez, les tables rondes venant tout juste de se conclure, l'exercice auquel je me livre est spontané et n'engage que moi.

Les cinq objectifs du colloque

Lorsque la décision a été prise d'organiser cet événement, voici un peu plus d'un an lors d'une Assemblée Générale de l'UCESIF qui s'est tenue à Athènes, nous avons cinq objectifs.

Le premier était d'organiser un échange d'expériences sur un sujet difficile, celui de la réalisation de socles universels de protection sociale, sur lequel l'on sait que la plupart des gouvernements sont à la peine, qu'ils soient au Nord ou au Sud.

Le second était de réunir une large gamme de parties prenantes au sujet, qu'il s'agisse de représentants des différents niveaux des gouvernements, d'experts, de partenaires techniques et financiers internationaux, ou bien de citoyens dont la parole serait représentative des attentes de la population vis-à-vis d'une couverture sociale dans leur pays.

Le troisième objectif était d'identifier les difficultés principales dans la mise en œuvre des socles de protection sociale, et de ne pas perdre notre temps dans des discours théoriques. Je précise que dans ma vie j'ai été autrefois ambassadeur chargé des droits de

l'homme pour la République française et que j'étais le négociateur, très actif puisque la France était un des pays porteurs, du Protocole Additionnel du Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels (PIDESC), qui organise la redevabilité de ce type de droits et en particulier de la protection sociale. Je suis donc dans une bonne position pour affirmer que le passage de la théorie à la pratique, c'est le plus difficile. Aussi l'objectif que nous partagions était-il de ne pas organiser un colloque où les interventions se borneraient à rappeler qu'il faudrait que le droit à la protection sociale devienne une réalité. Plutôt, nous voulions qu'il permette de trouver, dans la pratique, les chemins adéquats pour y parvenir. D'où quatre tables rondes organisées autour de quatre sujets difficiles.

Le quatrième objectif était d'éviter que ce ne soit un colloque avec des « sachants » face à des gens qui écouteront passivement. Nous voulions organiser la conférence comme un véritable dialogue entre les intervenants et des auditeurs réactifs. Il s'agit là de la chose la plus difficile dans l'organisation de tout événement de ce type. Il faut féliciter pour cela et les intervenants pour la brièveté de leurs contributions, et l'ensemble d'entre vous pour votre réactivité. L'auditoire a posé d'excellentes questions qui ont permis de nourrir des idées se construisant de part et d'autres de ce podium.

Nous avons enfin un cinquième objectif : celui, en organisant ce colloque au nom de l'UCESIF, de sensibiliser ceux des Conseils Economiques et Sociaux qui n'avaient pas encore eu l'occasion de travailler sur le sujet, et de convaincre un peu plus ceux qui s'étaient déjà engagés à le faire. Beaucoup sont dans ce dernier cas : en témoigne la présence à ce colloque de neuf CES (l'UCESIF en comprend 20 mais certains d'entre eux, situés dans les pays du Nord, se sont sentis

moins concernés par une thématique que nous avons axée sur les problèmes subsahariens). Neuf sont venus donc, et neuf ont participé très activement aux travaux de ces deux derniers jours.

Je suis convaincu que, comme nous tous, ils repartent avec le sentiment qu'ils ont un rôle fondamental à jouer, celui d'encourager leurs gouvernements à œuvrer pour organiser la protection sociale universelle. Ils sont d'autant plus légitimes et crédibles pour le faire qu'ils sont des institutions du dialogue social entre représentants des forces économiques, syndicales et de la société civile de leur pays, et sont souvent des organes constitutionnels. Ils ont aussi une mission de sensibilisation et de formation de l'opinion publique aux enjeux du développement de leur pays. Le message qu'il leur incombe de diffuser à leurs gouvernements et à la société civile est que la protection sociale universelle n'est pas une chimère, bien au contraire. C'est un outil fondamental pour le développement économique et social d'un pays qui est de l'ordre du réalisable pourvu que l'on procède par étapes, s'appuyant sur des principes d'équité et de transparence, une couverture sociale au niveau de celle des pays européens les mieux dotés en la matière n'étant pas immédiatement atteignable.

Tels étaient donc nos cinq objectifs. Je pense que vous partagerez avec moi, qui suis juge et partie ayant un peu contribué à l'organisation, l'opinion qu'ils ont été très largement atteints.

J'en viens à une seconde grande question. Que peut-on, au terme des quatre tables rondes, retenir de ce colloque comme idées pratiques et comme lignes d'action pour le futur, en particulier pour les travaux susceptibles de se dérouler dans le cadre des CES ?

Je n'ai bien sûr aucune qualité pour assumer à moi seul l'ensemble des conclusions d'une telle réunion si riche en information: le point de vue que j'exprimerai ici sera donc subjectif et personnel, veuillez m'en excuser. Je m'y livre en toute humilité. Je vous propose de retenir, en reprenant la structure du colloque, quatre grands types de conclusions, espérant que vous les partagerez.

La gouvernance de la mise en œuvre des socles

La première grande conclusion qui me semble s'être dégagée de nos travaux est que, si les problèmes de gouvernance sont de vrais sujets dans la plupart des pays, ils peuvent être dépassés, sous quatre grandes conditions.

Les gouvernements doivent en tout premier lieu démontrer une volonté politique forte sur le sujet, ce qui suppose notamment que tous les ministères, et en particulier ceux des finances, coopèrent au sein de structures de coordinations au service d'une même conception des priorités conduisant à l'établissement de socles de protection sociale. Cette vision d'ensemble, que doivent construire les différentes administrations, est indissociable d'une réflexion en amont sur le rôle de l'Etat en matière de politique sociale. De fait, s'il doit être très actif, il n'est pas nécessaire qu'il fasse tout. Il doit plutôt définir précisément les cadres, en particulier législatifs, et jouer un rôle d'animation des différents acteurs.

En second lieu, il faut que chaque gouvernement offre un cadre strict à ses partenaires internationaux. Chacun de ceux-ci a en effet tendance à dérouler son agenda propre, tout à fait légitime, lié à sa vision de la protection sociale dans le pays. Quand chacun des partenaires agit ainsi selon sa propre feuille de route, de façon cloisonnée, les gouvernements éprouvent de vraies difficultés à construire une gouvernance unie et efficace. Les interventions de la première table ronde ont mis en évidence les progrès qui ont été faits dans quelques pays, se traduisant par une véritable cohérence entre les différents partenaires, notamment sous l'égide de l'OIT, de la Banque Mondiale et du Programme des Nations unies pour le Développement (PNUD). Dans le domaine de la santé, beaucoup d'initiatives ont également pu être rassemblées, grâce à l'Organisation Mondiale et de la Santé et du Bureau International du Travail, dans un même réseau, *Providing For Health* (P4H), qui montre la voie pour une meilleure coordination entre acteurs internationaux.

Ce dernier point démontre aussi que la pensée sur la protection sociale universelle n'a pas encore réussi à convaincre de son intérêt pour le développement économique et

social des pays. Pourtant, la mobilisation de la ressource budgétaire pour assurer une plus grande sécurité des ménages permet que les individus s'engagent davantage dans des risques économiques, et enclenche ainsi une spirale vertueuse de développement. Convaincre les décideurs de cela est une condition clé de l'engagement des gouvernements dans les politiques de socles.

Enfin, une autre condition a été mise en évidence par la première table ronde : les systèmes de gouvernance de la protection sociale nécessitent, pour être efficaces, un certain degré de démocratie. Les Etats doivent accepter de ne pas tout contrôler, et de ne pas trop centraliser : au contraire, ils doivent encourager la participation des intéressés, tant au niveau national que dans les structures décentralisées ou dans les branches professionnelles.

Tout ceci n'est pas irréaliste puisque comme l'ont souligné les intervenants, certains gouvernements sont déjà à l'œuvre et ont franchi les premières étapes, voire les suivantes. Par ailleurs, sur tous ces sujets, les Conseils économiques et sociaux sont attendus pour assumer le rôle d'informateurs éclairés des gouvernants et de l'opinion publique.

Les conditions de la pérennité et de la soutenabilité du financement des socles

La seconde grande catégorie de conclusions que l'on a pu tirer de cette conférence est qu'il est possible de créer des financements durables, et d'assurer ainsi la stabilité des socles.

Un constat a été fait, très intéressant parce qu'il montre la diversité des niveaux d'effort budgétaire produits par les gouvernements d'Afrique : si la moyenne en part du PIB consacrée à la protection sociale est de 4%, certains pays ne dépensent que 1% à 2%, tandis que d'autres s'approchent du seuil permettant, selon l'OIT, d'atteindre un premier niveau satisfaisant de protection sociale, qui est de l'ordre de 9%. Et ce, alors même que les premiers – les moins engagés – connaissent une situation économique qui n'est pas fondamentalement différente de celle des seconds : il existe donc bien un problème de volonté politique.

Ensuite, la volonté politique doit être accompagnée de l'utilisation de techniques budgétaires efficaces. Nous en avons identifié quelques-unes.

Tout d'abord, il a été souligné que les diverses dépenses en matière de protection sociale s'émiettent souvent dans le maquis des nombreuses lignes budgétaires de l'Etat, ce qui d'une part, empêche de mettre en évidence la cohérence de la politique de protection sociale, et dans le même temps, fragilise les mécanismes mis en œuvre, car on est incapable de mesurer leur efficacité et les progrès qu'ils apportent. Un des préalables pour assurer la stabilité des socles, c'est donc d'abord de créer un « budget social » qui agglomère l'ensemble des lignes budgétaires consacrées par les différents ministères à la protection sociale.

L'intérêt de ce type de pratique, c'est qu'elle permet aussi une démocratisation des prises de décisions politiques : de fait, si le gouvernement décide de diminuer les dépenses sociales, cela se verra très clairement lors de l'examen du budget social, ce qui suscitera sans doute un débat démocratique sur les priorités. C'est une recommandation qui est apparue assez nettement, et qui fait partie des questions que les CES peuvent s'approprier assez légitimement.

Il faut aussi bien évidemment que ce budget social dispose de ressources suffisantes, approchant au moins la moyenne africaine. En la matière, j'ai été frappé par les interventions qui ont insisté sur les gains possibles en évitant les gaspillages. Une série d'exemples nous a été présentée. J'en retiens une : les politiques de gratuité indiscriminantes qui permettent aux femmes des classes aisées de bénéficier d'un accès gratuit à des soins de santé qui devraient pourtant être réservés aux populations très pauvres. Ce type de gaspillage résulte d'une absence de confiance dans les méthodes d'identification des populations les plus vulnérables. Or, un certain nombre de pays sont en train d'expérimenter des techniques associant des collectivités locales, pour identifier au mieux la partie de la population qui éprouve les besoins les plus forts et qui mérite seule des programmes de filets sociaux gratuits.

Ne soyons pas irréalistes cependant : si certains pays ne consacrent encore que 1%

du PIB à la protection sociale, éviter les gaspillages ne sera pas suffisant pour qu'ils atteignent les 9% du premier palier ! Il faut donc que les Etats dégagent de la ressource supplémentaire. Il a été mis en évidence que de nombreuses recettes fiscales existent pour abonder les budgets des Etats en sorte qu'ils puissent financer la protection sociale et ne pas se reposer sur les ressources aléatoires de l'aide internationale. En la matière, des exemples ont été donnés: certains pays ont élaboré des taxes dédiées, prélevées sur la téléphonie, les aéroports, les ressources minières etc. D'autres ont considéré qu'ils pouvaient utiliser la TVA, parce qu'elle est assise sur une assiette très large.

Mais il a été mis en avant aussi qu'un prélèvement fiscal supplémentaire ne sera accepté par un peuple que si, en contrepartie, une offre de soins et de prestations sociales existe en quantité et qualité suffisantes. Le débat sur le financement soutenable est donc indissociable de la capacité de l'Etat à asseoir sa légitimité, qui naîtra du rapport que le citoyen établira entre le fait qu'on lui demande de payer un peu plus, et le fait qu'il ait accès à des soins ou à des prestations sociales de qualité.

On touche là à une question qui est d'une importance centrale, celle de la confiance des citoyens dans les administrations : la crainte de payer et de ne recevoir aucune contrepartie en termes d'amélioration dans les conditions de vie est un obstacle majeur pour l'établissement de socles de protection sociale. D'où l'intérêt d'identifier un budget social mettant en regard des recettes dédiées et des dépenses assorties d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Un autre sujet sur lequel les CES sont légitimes de travailler.

La combinaison entre approches contributives et gratuites et entre secteurs formels et informels

La troisième grande catégorie de conclusions de ce colloque est que, face à un secteur informel très important, l'une des priorités doit être l'extension de la protection sociale à l'ensemble des catégories de la population.

Souvent dans les pays d'Afrique subsaharienne, le secteur informel se situe encore à hauteur de 80-90% de la population. Or, une idée qui a été clairement exposée ici, et qui est souvent oubliée par les

économistes, est qu'« informel » ne veut pas dire « insolvable ». Une partie des acteurs économiques de l'informel peut donc contribuer au financement des prestations sociales. Cependant, le choix que font ces micro-entrepreneurs de l'informel traduit une forte défiance vis-à-vis de l'administration et de l'Etat, qui s'exprime notamment par le refus de payer un impôt et des prestations sociales dont on ne sait pas quelle serait la contrepartie. Un gros effort est à faire pour mieux connaître les ressorts culturels du secteur informel permettant de lui proposer des prestations correspondant à ses attentes, ainsi que pour identifier les corps de métier susceptibles de devenir des partenaires avec lesquels construire des systèmes de protection adaptés. Le développement du mutualisme dans certains pays, au sein de certains métiers est le signe de la possibilité de progresser dans ce domaine.

Ensuite, nos débats ont désamorcé le conflit traditionnel entre contributif et gratuit. Un accord s'est fait sur le constat que ces deux types de systèmes sont complémentaires. A été identifiée clairement la différence entre les personnes très vulnérables, exclues même de toute possibilité d'avoir des activités génératrices de revenus, et celles qui, étant en capacité de travailler, peuvent progressivement devenir des acteurs, avec lesquels on peut penser à construire un régime contributif. Les prestations de type *travail contre nourriture* les aident à sortir de l'extrême pauvreté, et leur permettent d'augmenter petit à petit leurs capacités contributives à des systèmes de protection minimaux, pourvu que ceux-ci soient adaptés à leurs représentations culturelles.

Parallèlement, il a aussi été affirmé que les dispositifs contributifs de protection sociale devaient organiser une redistribution des revenus pour être pérennes, s'autofinçant ainsi pour partie. Une autre raison de la pertinence de la redistribution est que les trop fortes inégalités, enfermant une partie importante de la population dans l'extrême pauvreté, ne permettent pas à l'économie nationale de se développer, faute de marché. Mais tout cela exige l'existence d'un processus démocratique: sans vrai débat public sur la redistribution et sans transparence sur celle-ci, la population riche risque de considérer qu'il est injuste de lui demander de payer plus que la population pauvre, et de peser sur l'Etat pour qu'il ne fasse rien.

Cette troisième catégorie d'enseignements souligne la difficulté d'aborder la question de la solidarité et pose finalement deux questions : « Comment construit-on une Nation ? Quelles sont valeurs communes qui font adhérer à un contrat social incluant une certaine redistribution des revenus ? Un autre thème potentiellement important pour les institutions du dialogue social, les CES.

Centralisation et déconcentration ou décentralisation des systèmes de gestion des socles, et place des systèmes mutualistes et participatifs

La quatrième et dernière grande catégorie de conclusions auxquelles nous sommes parvenus est que les mécanismes de protection sociale doivent articuler pilotage national et décentralisation, notamment en permettant aux bénéficiaires de participer à leur gestion.

En matière de protection sociale, il n'existe pas de système-type unique que l'on pourrait décliner d'un pays à l'autre. Chaque pays a son Histoire. Il est donc fondamental que les régimes qui se mettent en place soient appropriés au contexte dans lequel ils s'insèrent. Or, cette question débouche très vite sur le besoin d'imaginer des systèmes où les populations ont leur mot à dire, c'est-à-dire les plus participatifs possibles.

On a vu que dans beaucoup de pays, le mutualisme est une composante très ancienne, antérieure à la décolonisation. Il a connu de belles réussites, il en connaît encore. Cependant, il ne couvre une part significative de la population que dans peu de pays. Son impact reste faible, les prestations qu'il propose sont limitées. De plus, il a été fragilisé par un certain nombre d'initiatives gouvernementales qui, dans certains pays, ont voulu créer des systèmes uniques et centralisés.

Pourtant, le mutualisme représente un potentiel qui doit être développé puisqu'il a comme principe de permettre aux populations de cogérer leurs prestations, et également d'identifier leurs propres priorités. Ainsi, si le mutualisme n'est pas la solution à tous les problèmes, il mérite qu'on lui apporte un soutien important.

D'autres systèmes existent. On a parlé du rapport qu'il peut y avoir entre la microfinance et la micro assurance, et le mutualisme. A aussi été mentionné l'impact potentiel des grandes entreprises, qui mettent en place des dispositifs pour leurs salariés et leur famille, et parfois même à d'autres.

Les Conseils économiques et sociaux, qui comprennent souvent des représentants de la Mutualité, sont aussi particulièrement légitimes pour faire des propositions à leurs gouvernements sur l'organisation des régimes de protection sociale.

Maintenant, ma dernière question, celle que chacun a sur les lèvres est : qu'allons-nous faire après ce colloque ?

Si l'UCESIF et le CESOC ont accepté de porter la préparation et la réalisation de ce colloque, c'était avec l'idée qu'il serait, non pas un événement sans suite, mais un jalon sur le chemin d'un apprentissage collectif des moyens de réaliser une protection sociale universelle. Notre rencontre ayant été très fructueuse, il me semble que nous pouvons nous mettre en route sur ce chemin et commencer d'en identifier les prochaines étapes.

- Nous allons tout d'abord retranscrire tout ce qui s'est dit ici dans des actes écrits de façon synthétique (les contributions figurant en annexe), afin de pouvoir très largement diffuser le contenu de cette conférence. Je précise que ce travail sera largement entre les mains du stagiaire que j'ai la chance d'avoir auprès de moi jusqu'à la fin du mois de décembre, Josué Serres.
- Dès le mois d'octobre, le Secrétaire Général du CESOC, M. Youssoufou Ahmadou Tidjani, se rendra à Bruxelles, où il est invité par le CES Européen, pour présenter les conclusions de ce colloque dans le cadre d'une réunion UE - pays d'Afrique/Caraïbe/Pacifique (ACP). Ensuite, l'Association Internationale des Conseils Economiques et Sociaux et Institutions Similaires (AICESIS), qui organise en novembre un colloque à Séoul sur les socles de protection

sociale, entendra également M. Tidjani présenter nos conclusions.

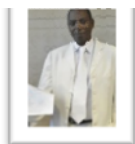
- Sur le site Internet de l'UCESIF, nous avons déjà installé une base de données consacrée aux politiques de socles de protection sociale, outil mis à la disposition de tous ceux, en particulier, les CES, qui souhaitent s'informer sur le sujet. Il comprend à la fois les synthèses sur 15 pays qu'a réalisées Josué Serres, et toute une série de documents que nous avons répertoriés sur le sujet de la protection sociale en Afrique subsaharienne. Nous comptons sur vous tous pour l'enrichir, en faire une base de références mutualisée, et en interface avec tous ceux qui travaillent sur le sujet au niveau international. Cette première version de la base vous a été distribuée, cachée dans la clé

USB que vous généreusement offerte le GIP-SPSI.

- Enfin, il m'a été proposé de constituer un comité de suivi de ce colloque. Tous ceux qui sont intéressés pour en faire partie pourront prendre contact avec le Secrétariat général de l'UCESIF. Un CES nous a dit qu'il aimerait organiser une autre rencontre de ce type dans un avenir proche. Et, comme j'ai cru comprendre que vous étiez en général plutôt satisfaits de cette manifestation, je pense que nous serons nombreux à nous y retrouver.

Je terminerais cette synthèse en remerciant chaleureusement, outre le CESOC, l'ensemble des contributeurs qui ont permis que cette manifestation ait lieu : l'OIT, le P4H, le GIP SPSI, l'Ambassade de France, l'AFD et l'OIF.

CONCLUSIONS



M. Youssoufou Ahmadou TIDJANI

Secrétaire général du CESOC du Niger et trésorier de l'UCESIF

Les 19 et 20 septembre 2014, le Conseil Economique, Social et Culturel (CESOC) du Niger a organisé dans le cadre de l'Union des Conseils Economiques Sociaux et Institutions similaires des Etats et Gouvernements membres de la Francophonie (UCESIF), un important colloque à Niamey sur le thème : « La mise en œuvre des socles de protection sociale universelle : succès et difficultés ».

C'est parce qu'il est convaincu que la protection sociale est un des instruments les plus efficaces pour lutter contre la pauvreté, et persuadé que tous les Etats d'Afrique francophone doivent la mettre en œuvre avec volontarisme pour ouvrir la voie à un développement humain à grande échelle, que le CESOC du Niger a pris l'initiative de cette conférence. Celle-ci, qui a connu un grand

succès, avait pour vocation de créer une forte dynamique entre les pays francophones pour la construction de la protection sociale, en créant les moyens d'un partage d'expériences, par l'intermédiaire des Conseils Economiques et Sociaux francophones et des experts internationaux.

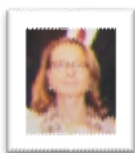
Nombreux sont ceux qui ont répondu à l'appel. Le Premier ministre a ouvert officiellement le colloque, témoignant ainsi du fort intérêt du gouvernement nigérien pour cette problématique. Les Conseils Economiques et Sociaux du Bénin, du Gabon, du Maroc, du Mali, de la France, de la Mauritanie, et du Congo ont envoyé des délégations éminentes. Leurs présidents et vice-présidents ont fait le voyage, afin de présider les débats. Mme Emilienne Raoul,

Ministre des Affaires Sociales, de l'Action Humanitaire et de la Solidarité du Congo, et M. John ACKON, Vice-ministre du Genre et de la protection sociale du Ghana ont également accepté de se déplacer jusqu'à Niamey pour partager leur importante connaissance du sujet.

Les experts aussi étaient nombreux, et ont permis que les interventions passent rapidement de la théorie aux propositions concrètes. Le CESOC a ainsi accueilli des membres du Bureau International de Genève, de l'Organisation Mondiale de la Santé, du Groupe d'intérêt public pour la Santé et la Protection Sociale à l'International (GIP SPSI), des Programmes des Nations Unies pour le Développement et pour la Population (PNUD et PNUP), de l'Organisation Internationale de la Francophonie (OIF), et de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Le Togo et le Burkina Faso et le Ghana ont aussi tenu à envoyer des hauts fonctionnaires de leurs administrations.

Un certain nombre de recommandations clés ont émergé des débats.

- L'élaboration d'une politique de socle de protection sociale nécessite une volonté politique affirmée assise sur un processus démocratique et se traduisant par l'adoption d'un budget social clairement identifié au sein des finances de l'Etat.
- Des sources de financement pérennes et principalement nationales doivent être définies, alliant chasse aux inefficiences et mobilisation de taxations nouvelles sur des bases larges et/ ou sur les richesses



Mme Caroline NOKERMAN

Responsable de la Coordination des réseaux institutionnels de la Francophonie, Organisation internationale de la Francophonie, Direction de la Paix, de la démocratie et des droits de l'Homme

Je voudrais, au nom du secrétaire général de la Francophonie, adresser tous mes remerciements pour l'accueil chaleureux que le CESOC du Niger a réservé à l'ensemble des membres de l'UCESIF, ainsi qu'à tous les experts et représentants qui ont été réunis

nationales naturelles et / ou nouvelles (comme le chiffre d'affaire des opérateurs de téléphonie...).

- La couverture par la protection sociale de l'économie informelle, prépondérante dans la sous-région sahélienne est un enjeu clé qui relève d'une approche combinant dialogue avec la population, définition d'une offre de prestations attractives, systèmes de gestion participatifs et transparents ainsi qu'une distinction entre personnes potentiellement solvables pouvant contribuer et catégories très vulnérables.
- Les systèmes mutualistes, souvent anciens mais qui ne couvrent qu'une faible partie des populations sont à la fois une source d'inspiration pour la gouvernance de systèmes de protection sociale universelle à construire, et des partenaires à intégrer avec doigté dans ceux-ci. Ils sont emblématiques de l'importance d'associer les populations à la définition des politiques.

Et tout ceci est de l'ordre du possible et du raisonnable puisque ce colloque a démontré que ces processus sont déjà en marche dans un bon nombre de pays.

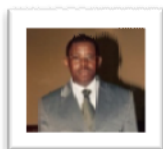
Enfin, pour continuer à soutenir activement cette dynamique, plusieurs participants ont demandé à ce qu'un comité de suivi soit mis en place au sein de l'UCESIF, afin de préparer une nouvelle rencontre sur la mise en œuvre de la protection sociale l'an prochain

pendant ces deux journées très riches en débats.

Je voudrais également remercier le secrétaire général de l'UCESIF pour les conclusions qu'il vient de nous exposer, et enregistrer que le

projet d'un comité de suivi est sur la table. D'ici là, l'OIF souhaite que votre voix soit entendue au plus vite au niveau international. Comme vous le savez, une réunion importante de l'Union Africaine se tiendra bientôt à Abis Abeba sur le thème de la protection sociale des enfants : nous pensons que les actes de votre colloque ou bien votre communiqué final pourront y être relayés. L'UEMOA, l'UCESA et les CER sont également des enceintes dans lesquelles nous pouvons diffuser vos recommandations.

Ce colloque a montré que les CES ont un rôle central dans la promotion et l'incitation des Etats à s'emparer de la problématique de la protection sociale. Par ailleurs, il a été



M. Sadibi BOUKA

Vice-Président du Conseil Economique et Social du Gabon

Les CES réunis au sein de l'UCESIF remercient les plus hautes autorités de la République du Niger pour la qualité de l'accueil et l'hospitalité dont toutes les délégations ont bénéficié depuis leur arrivée. Ils remercient et félicitent le CESOC du Niger, particulièrement le Président M. Djermakoye,

démontré à plusieurs reprises que l'articulation des socles avec les politiques de promotion de l'emploi des jeunes et de l'égalité des genres est déterminante. Je voudrais donc vous rappeler que ces thématiques seront largement évoquées lors du sommet de la Francophonie qui se tiendra les 29 et 30 novembre à Dakar sur le thème « *femmes et jeunes – acteurs de développement* ».

A nouveau, je vous remercie et vous souhaite plein succès dans vos travaux.

pour la parfaite organisation de ce colloque ainsi que l'esprit fraternel et convivial qui a prévalu tout au long de nos travaux. Ils remercient enfin tous les participants au présent colloque pour leur disponibilité et leur inestimable contribution aux débats.



M. Moussa Moumouni DJERMAKOYE

Président du Conseil Economique, Social et Culturel (CESOC) du Niger

Depuis deux jours, vous vous êtes consacrés à l'examen minutieux et sans complaisance des possibilités réelles d'implémenter de manière durable et avec toutes les chances de succès, les socles de protection sociale universelle dans les pays francophones.

J'ai personnellement suivi avec beaucoup d'intérêt, les exposés thématiques et les débats enrichissants, parfois même passionnés qui ont nourri notre commune réflexion.

Au nom du Président de la République du Niger, Chef de l'Etat, SEM ISSOUFOU MAHAMADOU, du Premier Ministre Chef du Gouvernement, Monsieur BRIGI RAFINI ainsi que des membres du Bureau et des Conseillers du CESOC, je voudrais vous présenter mes chaleureuses félicitations pour le travail impressionnant que vous avez abattu en si peu de temps.

Qu'il me soit également permis de vous transmettre la très vive reconnaissance des Autorités et du Peuple nigérien pour avoir accepté de faire le déplacement de Niamey.

Votre présence en si grand nombre témoigne éloquemment de l'amitié et de la confiance que vous portez à notre peuple. Je tenais à vous en remercier du fond du cœur.

Au début de ce Colloque, certains participants n'ont pas caché leur scepticisme ou leur inquiétude quant à la capacité de bon nombre des pays membres de notre Organisation de mettre en place un système de protection sociale universelle pouvant préserver les populations de la vulnérabilité et leur offrir des meilleures conditions de vie.

Au regard des contraintes économiques, financières et socio-culturelles auxquelles ils font face, le doute pouvait être permis.

Fort heureusement, sans éluder ces difficultés, les travaux du Colloque ont abouti à des propositions concrètes et réalistes, à la portée de chaque pays en fonction de ses orientations stratégiques en matière de protection sociale et des moyens qu'il consent à dégager pour assurer l'équité et la justice sociale au sein des populations.

Pour arriver à ce résultat, vous avez eu à échanger vos expériences par pays afin que les uns et les autres puissent profiter des acquis obtenus et éviter les écueils qui ne manquent pas de se poser dans une entreprise de cette nature.

Vos discussions ont également porté sur des thèmes extrêmement importants qui résument les préoccupations majeures de nos pays, à savoir :

- La gouvernance de la mise en œuvre des socles,
- Les conditions de la pérennité et de la soutenabilité du financement des socles,
- La combinaison entre approches contributives et gratuites, et la combinaison entre les secteurs formels et informels,
- La centralisation et la déconcentration ou décentralisation des systèmes de gestion des socles, ainsi que la place des systèmes mutualistes, participatifs et privés.

Les débats de haut niveau qui s'en sont suivis ont permis de mettre en exergue, les véritables enjeux de la protection sociale universelle qui sont : l'Équité, la Justice sociale, la Sécurité et la Solidarité !

Tels sont, me semble-t-il, les mots-clés qui ont dominé nos débats tout au long de ces deux jours et qui interpellent au plus haut point le politique.

En effet, cela a été dit aussi dans ce Colloque, la protection sociale revêt une dimension politique majeure, en ce sens qu'elle contribue à promouvoir la paix sociale.

Un bon système de protection sociale est celui-là même qui permet d'assurer le développement inclusif et la stabilité politique dont nos pays ont tant besoin pour surmonter les crises de croissance que nous enregistrons ici et là, notamment en Afrique.

Il se trouve justement que les Conseils Economiques et Sociaux sont parfaitement dans leur rôle, en proposant au Pouvoir Exécutif et au Législateur, les mesures idoines permettant d'accompagner les mutations politiques, économiques et sociales qui ont cours dans nos pays.

Je voudrais donc inviter l'UCESIF à poursuivre cette synergie des actions, à continuer de conjuguer nos efforts et à maintenir surtout cette énergie créatrice née à Niamey.

Si la mise en œuvre des socles de protection sociale universelle est aujourd'hui devenue une exigence fondamentale dans nos pays, la réussite de cette entreprise est liée aux efforts que nous sommes tenus de fournir pour améliorer la gouvernance politique et économique, administrative et juridique : en un mot, nous devons faire plus que ce nous faisons aujourd'hui pour élargir les bases de la démocratie afin de permettre au plus grand nombre de participer à la création de richesses et d'y accéder pleinement.

Ces efforts doivent être soutenus par un engagement financier conséquent de l'Etat et de ses Partenaires au développement. De même, des mesures financières innovantes et incitatives doivent être prises pour garantir la pérennité du système de protection sociale ainsi que son extension progressive en fonction des besoins et des moyens de chaque pays.

Je crois donc fermement que les pistes de solutions qui ressortent de notre rencontre me paraissent de nature à changer significativement la situation actuelle de la protection sociale dans la plupart de nos pays.

Je voudrais, au terme de mon propos, présenter mes excuses à toutes les délégations ici présentes, eu égard aux insuffisances qui ont pu être constatées dans l'organisation de ce Colloque.

Tout en leur souhaitant un bon retour dans leur pays respectif, je voudrais aussi leur renouveler mes plus vifs remerciements pour la disponibilité et la patience dont ils ont fait montre tout au long de leur séjour à Niamey.

Je n'oublie pas également tous les partenaires de l'UCESIF pour les appuis multiformes qu'ils nous ont apportés et qui

ont grandement contribué à la réussite de cet important Colloque.

Mes remerciements s'adressent aussi au Comité d'organisation et à toute l'équipe de soutien logistique pour l'excellent travail accompli.

Sur ce, je déclare clos les travaux du colloque international francophone sur la mise en œuvre des socles de protection sociale universelle : succès et difficultés.

II / L'ETUDE COMPARATIVE SUR LES
SOCLES DE PROTECTION SOCIALE
UNIVERSELLE EN AFRIQUE
SUBSAHARIENNE

INTRODUCTION

Note introductive à une première version d'une étude comparative des socles de protection sociale en Afrique subsaharienne.

Pour préparer le colloque sur « la mise en œuvre des socles de protection sociale universelle dans les pays francophones : succès et difficultés » des 19 et 20 septembre à Niamey, une rencontre entre experts et institutions désireux de relever le défi de la réalisation du droit fondamental à la protection sociale, l'Union des Conseils Economiques et Sociaux et Institutions similaires des États et gouvernements membres de la Francophonie (UCESIF) a entrepris un bilan de la situation dans ce domaine.

Méthodiquement, à partir de la documentation qui pouvait être identifiée, un chargé d'étude, Josué Serres, a élaboré des fiches d'analyse sur le plus grand nombre de pays membres de la Francophonie possible, en commençant par les pays d'Afrique Sub-Saharienne. Quelques fiches ont également été constituées sur des pays non francophones du continent considérés par les spécialistes comme particulièrement intéressants : le Ghana et le Rwanda.

Ces fiches ont été ensuite soumises à l'analyse critique de spécialistes du sujet.

L'Union des Conseils Economiques et Sociaux d'Afrique (UCESA) ayant choisi de faire de la protection sociale universelle une des priorités de la présidence actuellement exercée par le CESE du Sénégal, en réalisant une étude sur le sujet, nous sommes convenus avec sa Présidente d'unir nos efforts pour réaliser d'ici la fin 2015 une étude conjointe sur la réalisation des socles de protection sociale en Afrique.

Le présent document n'est donc que la première version d'une étude appelée à s'enrichir.

Que nous délivre la lecture de ces 15 fiches ?

Tout d'abord que, conscients du fait que les pays d'Afrique subsaharienne abritent aujourd'hui encore des populations qui, dans leur grande majorité, sont fortement

vulnérables aux risques sociaux, un nombre croissant de gouvernements accorde au thème de la protection sociale un intérêt majeur. L'insécurité alimentaire, l'accès extrêmement difficile aux soins médicaux, l'invalidité, ou encore la charge que représente un enfant supplémentaire dans des pays qui n'ont pas encore connu la transition démographique, apparaissent en effet comme des risques trop importants pour être surmontés par la plupart des ménages, dont la majorité vit souvent sous le seuil de pauvreté. Dès qu'un événement négatif inattendu survient, leur état de vulnérabilité s'en trouve encore augmenté. Il en résulte un cercle vicieux, dont l'issue fréquente est l'extrême pauvreté.

Les États d'Afrique subsaharienne ont progressivement pris conscience de l'importance fondamentale de construire, au bénéfice de toutes les catégories de leur population, des mécanismes effectifs de protection sociale susceptibles de produire de la résilience. Ils se sont convaincu que les réponses ponctuelles pour faire face à l'urgence des crises alimentaires et sanitaires ne suffisent pas à engager véritablement une réduction de la pauvreté.

La construction des socles de protection sociale universelle en Afrique subsaharienne apparaît comme l'une des voies les plus pertinentes pour engager les populations sur la voie de la résilience, le mot « socle » étant synonyme de pérennité. D'où l'engagement de nombreux gouvernements, accompagnés de partenaires tout aussi convaincus, dans des politiques de socles de protection sociale.

Ces fiches nous enseignent aussi que les défis qui jalonnent les étapes de ces chantiers sont nombreux, et comportent de multiples dimensions.

1. La construction de socles de protection sociale universelle en Afrique sub-saharienne suppose de relever des défis qui n'existent pas dans les pays développés.

La prévention efficace des risques sociaux auxquels font face les populations vulnérables est un objectif particulièrement difficile à atteindre, car la réalité socio-économique propre à l'Afrique subsaharienne contient certaines caractéristiques qui empêchent l'élaboration d'une protection sociale selon le modèle « classique » développé en Europe.

L'obstacle le plus important à cet égard est que l'expansion du salariat est très peu avancée dans ces pays. Or, c'est cette évolution majeure qui a servi de cadre à l'expansion de systèmes de protection sociale en Europe, le secteur qualifié de formel ayant été la base des mécanismes d'assurance obligatoire, à partir desquels a pu progressivement être intégrée la quasi-totalité des populations. Les employeurs, officiellement reconnus par l'Etat, y figurent comme les premiers intermédiaires pour la mutualisation des risques pesant sur les salariés : immatriculés auprès des caisses d'assurance, ils offrent automatiquement, via le paiement de cotisations prélevées sur les salaires, des garanties d'accès à diverses prestations, permettant de faire face aux principaux risques sociaux, à savoir les charges de famille, l'invalidité, le chômage, la santé, les accidents et la vieillesse.

En Afrique subsaharienne, des mécanismes classiques de protection sociale, similaires à ceux élaborés en Europe, ont certes été installés sous l'influence des autorités coloniales. Mais du fait du caractère prédominant de l'agriculture traditionnelle (qui emploie encore aujourd'hui jusqu'à 80% de la population active dans certains pays), et de la faiblesse du tissu industriel, le secteur formel auquel sont destinés ces dispositifs ne s'est que peu développé, dépassant rarement quelques pourcents de l'emploi, si bien que la plus grande partie de la population en est toujours exclue. Et, du fait d'une base aussi étroite, les prestations fournies sont toujours très réduites, l'un des risques principaux, la santé, étant l'un des plus mal servis. Le plus grand défi pour la construction des socles de protection sociale, est donc d'étendre les dispositifs d'assurance à ce que le Bureau International du Travail a le premier appelé, au début des années 1970, le *secteur informel*.

D'autres obstacles importants entraînent la nécessité de créer des dispositifs adaptés.

Ainsi, il existe des risques propres à la situation géographique de ces pays, que ne connaissent pas les pays d'Europe. Le plus important est le caractère changeant et déterminant du climat, dont découle un risque immense, celui de l'insécurité alimentaire. De fait, dans des économies encore largement dépendantes de l'agriculture, les catastrophes naturelles et les sécheresses provoquent fréquemment des déficits alimentaires dont l'impact est dévastateur dans des pays peu à même d'y faire face par des importations. Aussi ne sont susceptibles d'assurer une protection efficace des populations que les dispositifs prenant en compte le climat comme facteur de risque en Afrique subsaharienne.

Un autre élément spécifique à prendre en compte, conséquence des précédents, est la très faible capacité contributive des populations, qui empêche souvent la réussite des mécanismes de type contributif (« bismarckiens »), accessibles uniquement à ceux qui participent régulièrement au financement du régime.

Enfin, certaines catégories de la population doivent être plus particulièrement protégées dans ces pays du fait de leur vulnérabilité: la jeunesse, qui constitue la majorité des populations africaines, et qui est la plus grande source potentielle pour son développement, ainsi que les rescapés des guerres et les réfugiés, qui sont nombreux dans des pays qui connaissent régulièrement des conflits politiques violents.

2. L'Afrique subsaharienne doit créer un modèle de protection sociale adapté à la réalité socio-économique qui lui est propre et y parvient peu à peu.

L'analyse montre que les modèles exportés depuis l'Europe sont déphasés par rapport aux besoins existants en Afrique. Un modèle nouveau de protection sociale, adapté au continent, doit être élaboré.

Il doit avoir pour référentiels les normes internationales adoptées par tous les pays dans le cadre des instances intergouvernementales légitimes afin de garantir les droits sociaux fondamentaux des

populations. La note de cadrage du colloque de Niamey, écrite par un grand expert marocain de réputation internationale, M. Driss GUERRAOUI, nous les rappelle. Il ne peut pas, d'autre part, ignorer les mécanismes d'assurance et d'assistance sociale qui ont été imaginés et mis en œuvre en Europe, et ce d'autant moins que certains de leurs éléments ont été greffés en Afrique avec des succès partiels, tel que le mutualisme.

Mais il convient, au-delà, de concevoir des dispositifs adaptés, nouveaux et ingénieux, s'inscrivant dans des trajectoires de développement progressif, visant à briser le cercle vicieux de l'insécurité et de la pauvreté en Afrique subsaharienne.

On peut dès aujourd'hui tirer de nombreuses leçons positives des expérimentations qui ont été menées en Afrique au cours des dernières années. Certains gouvernements ont cherché à construire une assurance maladie universelle en s'appuyant sur les réseaux de micro-assurance existants au niveau local, en les soutenant financièrement et techniquement. Mettant en relation d'avantage d'assurés, et évitant ainsi de reconstruire depuis la base tout un système de mutualisation des risques, des résultats extrêmement engageants ont pu être obtenus. D'autres ont déployé, en collaboration avec les partenaires financiers et techniques internationaux, des filets sociaux, permettant d'assurer, par le biais de transferts monétaires ciblés, la protection des ménages

dont la capacité contributive est trop faible pour être associés aux mécanismes d'assurance.

Visant à résoudre la difficile question de la pérennité des socles ainsi créés en les soustrayant aux aléas de la générosité des bailleurs internationaux, certains gouvernements ont imaginé des solutions habiles en termes de financements stables : adossement à la TVA, ou à des taxes sur les exportations de ressources minières, etc.

Les innovations, dont seuls quelques-unes ont été ici mentionnées, sont dont déjà nombreuses, et mises en œuvre avec une volonté politique qui s'affirme, partout en Afrique subsaharienne. Le modèle africain de protection sociale est en pleine gestation.

Aussi, le partage d'expertise est-il aujourd'hui indispensable entre pairs, pour que les réussites des uns profitent à ceux qui éprouvent davantage de difficultés à produire des résultats. Les expériences de chacun sont en effet autant de creusets d'expertise à l'épreuve de la pratique, et ce n'est qu'une fois mises en commun qu'elles permettent de créer une dynamique à la hauteur des défis.

Créer les moyens de ce partage, telle est la vocation de cette étude. Elle détaille, pour tous les pays francophones d'Afrique subsaharienne, ainsi que pour le Rwanda, le Ghana et le Maroc, l'état d'avancement du chantier de la protection sociale, en mettant en avant les succès, mais aussi les difficultés.

PARTIE I



LES SOCLES DE PROTECTION SOCIALE DANS LES PAYS D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE FRANCOPHONE

LE BÉNIN



La Constitution de la République du Bénin du 11 décembre 1990 dispose dans son article 8 que l'Etat doit assurer aux citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi. Cela suppose donc la mise en place d'une protection permettant à toutes les catégories de la population de faire face aux risques de la vie qui peuvent empêcher l'accès à ces services sociaux de base. Aussi le renforcement de la protection sociale constitue-t-il un des axes majeurs de la stratégie de réduction de la pauvreté, élaborée pour les années 2011-2015 par les pouvoirs publics. La création récente d'un « Comité de socle de protection sociale », dont l'action est orientée par les directeurs des cabinets ministériels, témoigne également de la place centrale qu'occupe la construction d'une couverture sociale efficace dans l'actualité béninoise.

1 – INVENTAIRE DES DISPOSITIFS DE SÉCURITÉ SOCIALE EXISTANT AU BÉNIN

| BRÈVE CHRONOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALE AU BÉNIN | |
|---|---|
| 26 janvier 1956 | Création d'un régime de prestations familiales, et d'une Caisse de Compensation des Prestations Familiales (CCPF) |
| 1959 | La CCPF se voit confier la gestion d'un régime de couverture des risques professionnels, et devient la Caisse de Compensation des Prestations Familiales et des Accidents du Travail (CCPFAT) |
| 1966 | Création d'un régime de retraite pour les agents permanents de l'Etat, géré par le Fonds National de Retraite pour les Béninois (FNRB) |
| Ordonnance du 25 mars 1970 | La branche de retraite précédemment basée à Dakar et intégrée à l'IPRAO est délocalisée. La CCPFAT devient la Caisse Dahoméenne de Sécurité Sociale (CDSS). |
| Loi du 21 mars 2003 | Institution d'un Code de sécurité sociale, et création de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) |
| 24 août 2012 | Création de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) |
| 19 décembre 2011 | Lancement officiel du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) |

A / LA FAMILLE, LES RISQUES PROFESSIONNELS, LA VIEILLESSE, L'INVALIDITÉ, LE DÉCÈS

Le régime de sécurité sociale béninois, hérité en majeure partie de l'époque coloniale, est aujourd'hui géré par deux institutions principales : la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), destinée aux travailleurs du secteur privé, et le Fonds National de Retraite pour les Béninois (FNRB), destiné aux fonctionnaires.

La création de la CNSS est récente puisqu'elle découle de la loi du 21 mars 2003, qui institue un Code de sécurité sociale au Bénin, mais elle s'inscrit dans la continuité d'un système qui s'est développé par étapes dès avant la prise d'indépendance. De fait, en application du Code du travail des territoires d'Outre-mer datant de 1952 (notamment l'article 237), un régime de prestations familiales à destination des travailleurs est

créé dès 1956, et confié à une Caisse de Compensation des Prestations Familiales (CCPF). Celle-ci se voit ensuite, en 1959, accorder la gestion d'un régime de couverture des risques professionnels. Un régime de pensions de vieillesse est aussi intégré au système : le Bénin en bénéficie dès 1958, mais dans le cadre de l'Institut de Prévention des Retraites d'Afrique Occidentale (IPRAO). En 1970, une ordonnance entraîne la prise d'indépendance du régime, qui est délocalisé au Bénin. Si bien qu'aujourd'hui, la CNSS couvre trois risques : la famille, les risques professionnels, et les pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès. Elle exclut la santé, et le chômage.

Le régime géré par la CNSS est de type assurantiel, c'est-à-dire financé principalement par les cotisations prélevées sur les salaires des travailleurs. L'employeur prend entièrement à sa charge les cotisations servant à financer les prestations familiales (9%) et les risques professionnels (de 1% à 4%), tandis que pour les pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès, la charge est répartie entre l'employeur

B / LA SANTÉ

En ce qui concerne l'assurance maladie, plusieurs mécanismes existent depuis longtemps au Bénin, à destination des fonctionnaires, et des travailleurs du secteur formel.

Les fonctionnaires bénéficient, comme mentionné précédemment, d'une couverture maladie gérée par le FNRB, aussi appelée régime des 4/5^{ème}, qui permet une prise en charge à hauteur de 80% des coûts des soins ambulatoires et hospitaliers, ainsi que de certains examens biologiques et exploratoires. Le FNRB couvre également les évacuations sanitaires. Cependant, le régime ne prend pas en charge les médicaments, qui constituent pourtant le poste principal des dépenses de santé des ménages. En 2009, ce régime couvrait 477 227 bénéficiaires, soit environ 6% de la population.

Les travailleurs du secteur privé ne bénéficient d'aucune couverture maladie par le biais de la CNSS, à part lorsqu'ils sont

(6.4%) et l'employé (3.6%). Ainsi, ne sont assujettis à la CNSS que les travailleurs soumis aux dispositions du Code du travail, c'est-à-dire ceux du secteur formel. Or, selon une étude du Conseil Economique et Social du Bénin menée en 2011, 95% de la population active relève du secteur informel. **Aussi n'est-il pas étonnant que, selon les statistiques de 2008, la CNSS ne couvre que 207 058 assurés, soit environ 4% de la population active.** Des dispositifs ont été créés afin d'intégrer certaines catégories d'indépendants, comme la possibilité pour le gérant d'une société à responsabilité limitée (SARL) ou d'une société de personnes de s'assujettir volontairement au régime, mais leurs effets n'ont été que très limités.

Le FNBR est quant à lui chargé depuis 1966 du régime spécial destiné aux fonctionnaires civils et militaires. Il verse des prestations familiales, des pensions de retraite et d'invalidité, et assure également une prise en charge des dépenses de santé (voir ci-dessous). Il est financé par des retenues sur les salaires des fonctionnaires, et des subventions de l'Etat.

pensionnaires (prise en charge à hauteur de 80% des dépenses). Ils font donc appel majoritairement aux assurances privées, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'employeur. Cependant, les tarifs sont très élevés, et des tickets modérateurs de 20% en moyenne sont imposés, ce qui fait que ce mode d'assurance reste réservé aux classes les plus privilégiées (un peu moins de 75 000 bénéficiaires au total, soit moins de 1% de la population).

Pour le secteur informel, seules les mutuelles sont disponibles. Celles-ci peuvent être de deux types. D'une part, il existe des Mutuelles de Sécurité Sociale (MSS) : elles ont été créées en 1999, et placées sous l'égide, en 2009, de la Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin (MSSB). En échange de cotisations mensuelles, elles versent des prestations vieillesse, et prennent en charge à hauteur de 70% les dépenses de santé des affiliés. Cependant, en 2009, les cinq sections locales de la MSSB couvraient

seulement 12 000 bénéficiaires. D'autre part, il existe un tissu mutualiste autonome, qui s'est développé depuis une vingtaine d'années notamment avec l'aide des coopérations belges et suisses, et qui couvrait au début des années 2000 environ 2% de la population. **II**

existe également des mécanismes de gratuité, mis en place par le gouvernement à destination des indigents, comme la prise en charge intégrale de la césarienne, des tuberculeux, des lépreux et du VIH.

A la fin des années 2000, moins de 10% de la population béninoise bénéficiait des dispositifs de sécurité sociale mentionnés ci-dessus (CNSS, FNRB, mutuelles, assurances privées, etc.). Cherchant à expliquer l'insuffisance du système, le Directeur technique de la CNSS faisait le constat en 2007 que le régime de sécurité sociale au Bénin constitue une importation des systèmes existant dans les pays européens, « sans aucune adaptation notable au contexte et aux réalités africaines ».

2 – LES POLITIQUES MISES EN ŒUVRE PAR LES POUVOIRS PUBLICS DU BÉNIN FACE AU DÉFI DE LA PROTECTION SOCIALE

Le renforcement de la protection sociale figure parmi les priorités des pouvoirs publics béninois depuis plusieurs années. En effet, la volonté politique du gouvernement sur ce sujet est depuis les années 1990 affirmée à travers la vision à long-terme « *Bénin 2025 Alafia* ». Dès le début des années 2000, le gouvernement a adopté un document

intitulé « Politiques et Stratégies Nationales de Protection Sociale (PNSPS) 2004-2013 ». Surtout, une réforme d'envergure a été menée depuis 2011, afin de mettre en place un régime d'assurance maladie universelle à destination de toutes les catégories de la population.

A / LA SANTÉ : CRÉATION D'UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE (RAMU)

| QUELQUES DONNÉES SUR LE PROFIL SANITAIRE DU BÉNIN (2012) | |
|---|------------|
| Population totale | 10 051 000 |
| Revenu national Brut par habitants (\$ PPA) | 1 550 |
| Espérance de vie à la naissance h/f | 57/60 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 90 |
| Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (en %) | 1.1 |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$) | 70 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 4.5 |

Suite aux Etats Généraux de la Santé qui se sont tenus à Cotonou en 2007, et conformément aux objectifs définis dans la vision globale du *Bénin Alafia 2025*, le gouvernement béninois a lancé officiellement le 19 décembre 2011 un programme de Régime d'Assurance

Maladie Universelle (RAMU) dont la vocation est de garantir un accès aux soins à toutes les catégories de la population. Le chantier semblait en effet urgent puisqu'en 2003, le système de santé était encore financé à 52% par les paiements directs des ménages. Aussi le but du dispositif est-il d'intégrer

progressivement les secteurs formel et informel dans un système basé sur la mutualisation des risques, et l'équité contributive.

La méthode adoptée pour la réforme est d'élaborer une architecture institutionnelle intégrant les divers mécanismes autonomes déjà existants au Bénin, et de les placer sous l'égide d'un organe de régulation, créé le 24 août 2011, l'Agence Nationale de l'Assurance maladie (ANAM). Ces mécanismes comportent d'une part les assurances déjà opérantes pour le secteur formel (CNSS, FNRB), et d'autre part le tissu mutualiste (dont la MSSB), dont l'objectif est de couvrir le secteur informel. Grâce à l'apport financier de l'Etat, et à la centralisation de la gestion par l'ANAM et ses Agences Départementales, le système doit permettre une prise en charge d'un important panier de soins : consultations, soins, hospitalisation, médicaments, examens, vaccins, etc. Le taux de prise en charge prévu est de 100%, à part si les soins sont obtenus au niveau départemental (ticket modérateur de 10%), ou au niveau national (ticket modérateur de 20%).

Au niveau du financement, le régime comporte plusieurs contributeurs, dont les apports sont confiés à l'ANAM, chargée de la récolte des cotisations et du paiement des prestations. Il s'agit de l'Etat, des

bailleurs de fonds internationaux, et des contributions des bénéficiaires. En ce qui concerne les subventions de l'Etat, la création de taxes spéciales devrait permettre d'éviter l'apparition de déficits : il s'agit principalement de taxes sur la téléphonie mobile, les transferts d'argent à l'international, le carburant, l'alcool, le tabac, etc. A également été envisagée une majoration de la TVA. Quant aux contributions des bénéficiaires, elles doivent respecter le principe d'équité contributive : ainsi, elles vont de 1000 CFA (environ 2\$) par mois pour les classes les plus vulnérables à 15 000 CFA par mois pour les plus aisés. Enfin, le modèle du *financement basé sur le résultat* (FBR) a été adopté : le principe est que « l'argent suit le patient ». Ainsi, si les établissements de santé attirent davantage de bénéficiaires, ils recevront davantage de subventions.

Bien que le projet RAMU soit ambitieux, de nombreux défis restent à relever. De fait, en raison notamment des contributions dont le montant reste élevé (pour les classes les plus pauvres, environ 2\$ par mois – en comparaison, le Rwanda a fixé la contribution au régime d'assurance maladie à 2\$ par an), ainsi que du manque de synergie entre les différents acteurs (par exemple, en juin 2014, les mutuelles de santé ont accusé publiquement le système de ne pas les impliquer dans la mise en œuvre du projet), il éprouve des difficultés à prendre son envol.

B / PAUVRETÉ

L'assistance sociale, c'est-à-dire la branche non-contributive de la protection sociale, dont l'objectif est de réduire la grande pauvreté au sein d'une population, est peu développée au Bénin. Le Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale (MFSN) a cependant mis en œuvre quelques programmes : ainsi par exemple, depuis un décret du 18 mai 2006, des allocations en espèces ou en nature sont consenties à des personnes indigentes, pour des périodes maximum de trois ans. Cependant, en 2008, le programme concernait 1802 bénéficiaires seulement.

En marge de l'action menée par les pouvoirs publics, certains partenaires au développement ont appuyé des transferts en nature, surtout sous forme de programmes alimentaire. Le Programme Alimentaire Mondial (PAM) a lancé par exemple un projet

d'appui nutritionnel aux ménages affectés par le VIH/SIDA entre 2006 et 2009, qui a soutenu 48 000 bénéficiaires.

Plus engageantes sont les mesures de gratuité dans les secteurs sociaux. Ainsi, tous les frais scolaires ont été supprimés en 2000 pour l'enseignement primaire. Egalement, un Fonds national pour les indigents a été établi en juin 2000 pour rendre certains services sanitaires gratuits aux personnes incapables de supporter les frais de soins. Cependant, le programme ne concerne qu'un petit nombre de bénéficiaires (10 932 en 2008), et semble avoir été utilisé en partie pour supporter les frais de quelques soins très coûteux, comme l'hémodialyse ou les évacuations sanitaires, en faveur de personnes résidant surtout en zone urbaine.

Au regard des informations contenues dans cette note, il apparaît que beaucoup de défis restent à relever avant que le Bénin ne soit doté d'un véritable socle de protection sociale. Les institutions héritées de la période coloniale ne concernent encore que les classes les plus aisées de la population, et donc les moins nombreuses. A cela s'ajoutent des déséquilibres financiers importants (par exemple, le ratio cotisants/bénéficiaires de la CNSS est passé de 30 dans les années 70 à 7 en 2006). Le régime d'assurance maladie universelle, quant à lui, n'en est qu'à sa phase de lancement, et comporte toujours des points à éclaircir, notamment sur la synergie entre les acteurs, et l'augmentation des capacités contributives de la population assurée. Enfin, certains domaines de la protection sociale restent presque inexistantes, comme la couverture du risque chômage, ou encore les filets de sécurité permettant d'assister les catégories les plus vulnérables de la population. Cependant, une forte volonté politique est à l'œuvre au Bénin comme en témoignent les réformes menées par les pouvoirs publics, ou encore l'engagement actif du Conseil Economique et Social béninois, et notamment de sa commission des Affaires sociales et de l'Education, dans le domaine de la protection sociale.

Sources

- UNICEF, Etude sur l'état des lieux et les perspectives de protection sociale au Bénin, juillet 2010.
- CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL DU BENIN, Rapport d'auto-saisine sur le thème « *Le secteur informel au Bénin : problématique et perspectives de contribution à l'économie nationale* », juillet 2011
- LOI N°98-019 DU 21 MARS 2003 Portant code de sécurité sociale en République du Bénin
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ Vers la couverture maladie universelle au Bénin. Réflexions et perspectives.
- BÉNIN : DOCUMENT DE STRATÉGIE POUR LA RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ, Rapport du FMI n°11/307, Septembre 2011.
- BANQUE MONDIALE, Note technique succincte sur le RAMU (n°70835)
- CNSS, La CNSS en quelques chiffres, 2008

LE BURKINA FASO



Suite aux diverses crises qu'a connues le Burkina Faso au cours des dernières décennies (crise ivoirienne, crise alimentaire, etc.), la mise en place d'un socle de protection sociale est devenue une priorité dans l'agenda du gouvernement. Celui-ci a donc établi, dès 2003, une politique nationale de protection sociale, et en 2012, une véritable feuille de route, prévoyant les étapes à franchir pour les dix prochaines années. A l'image des « *filets de protection sociale* », qui se sont multipliés depuis la fin des années 1990, il existe au

Burkina Faso une réelle adhérence au concept de socle de protection sociale, et une volonté politique affichée d'aller de l'avant dans la construction effective de celui-ci.

1 – LE CADRE INSTITUTIONNEL DE LA PROTECTION SOCIALE AU BURKINA FASO NE PERMET PAS D'ASSURER À LA POPULATION UNE VÉRITABLE COUVERTURE VIS-À-VIS DES RISQUES SOCIAUX

BREVE CHRONOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALE AU BURKINA FASO

| | |
|------------------------------------|---|
| Arrêté du 6 Décembre 1955 | Création de la caisse de compensation des prestations familiales (CCPF) |
| Loi du 30 janvier 1959 | La CCPF se voit confier la gestion des risques AT-MP (CCPF AT) |
| Loi du 06 octobre 1960 | La CCPF AT se voit confier la gestion des pensions vieillesse et devient la Caisse de prévoyance sociale (CPS). |
| Loi du 28 Décembre 1972 | Création d'un Code de la sécurité sociale. La CPS prend le nom de Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) |
| Constitution du 2 juin 1991 | Consécration du droit à la protection sociale pour tous les burkinabè. |

Comme la plupart des pays d'Afrique francophone qui ont été assujettis en 1952 au Code du travail des territoires d'outre-mer, le Burkina Faso se dote dès 1955 d'une Caisse de Compensation des Prestations Familiales (CCPF), chargée de distribuer des prestations familiales aux travailleurs. En 1959, celle-ci se voit confier la gestion des risques professionnels, puis en 1960 des prestations vieillesse, invalidité et survivants. Ainsi, **il existe depuis longtemps des mécanismes de type bismarckien au Burkina Faso** : les travailleurs du secteur formel privé doivent s'inscrire à l'organisme descendant de la CCPF, la Caisse nationale de Sécurité Sociale (CNSS), *via* leur employeur, et en échange de cotisations salariales, ils bénéficient d'une couverture sur trois branches : allocations familiales, risques professionnels, et

prestations vieillesse, invalidité et survivants. Pour les travailleurs du secteur public, l'inscription se fait auprès de la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO).

Cependant, la CNSS et la CARFO ne couvrent que les trois branches prévues par les normes minimales de la convention n° 102 de l'OIT, à savoir les prestations familiales, les risques professionnels et les prestations vieillesse, excluant l'assurance maladie, le chômage, la pauvreté etc. De plus, la CNSS et la CARFO se trouvent confrontées à de nombreuses difficultés financières tenant au fait qu'étant basées sur des mécanismes assurantiels, elles sont censées se développer en même temps que l'économie formelle s'accroît : or celle-ci a stagné en

effectif dans les dernières décennies, de telle sorte que le nombre de leurs cotisants est resté constant, tandis que beaucoup de vieux travailleurs ont commencé à percevoir des pensions, créant un déséquilibre financier. Enfin, tout le secteur informel, où se concentre en réalité la pauvreté, reste

dépourvu de couverture sociale. Il faut cependant mentionner qu'a été ouvert un régime d'assurance volontaire pour les personnes n'étant pas employées formellement, mais souhaitant tout de même cotiser pour s'assurer une couverture sociale.

2 - LES INITIATIVES PRISES PAR LE GOUVERNEMENT DU BURKINA FASO : PROJET D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE, FILETS SOCIAUX, SERVICES D'AIDE SOCIAUX

L'insuffisance des dispositifs de sécurité sociale décrits ci-dessus a conduit à des prises d'initiatives de la part du gouvernement, surtout depuis le début des années 2000.

A / LA SANTE

| QUELQUES CHIFFRES SUR LA SITUATION SANITAIRE AU BURKINA FASO (2012) | |
|--|------------|
| Population totale | 16.460.000 |
| Revenu national brut par habitant (\$ PPA) | 1.490 |
| Espérance de vie à la naissance h/f | 57/59 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 102 |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$) | 90 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 6.2 |
| Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (sur 100) | 1.0 |

Dans le domaine de la santé, le gouvernement a créé dès 1987 l'*Office de Santé des Travailleurs* (OST). Celui-ci prend en charge jusqu'à 80% des dépenses de santé pour les salariés : cependant, il ne concerne qu'environ 100 000 bénéficiaires, soit 0.6% de la population totale. Plus prometteur est le développement de petites mutuelles basées sur les pratiques de la micro-assurance santé, intervenant au premier franc et sur la base de mécanismes de tiers payant pour la couverture des soins de santé primaires, voire secondaires. En 2011, on dénombrait 181 structures de type mutualiste, dont 107 mutuelles de santé de type classique (59,1 %), 38 systèmes de prépaiement (21,11%) et 22 systèmes de partage des coûts (12,22%).

Cependant, la précarité de ces mutuelles a poussé le ministère du travail et de la Sécurité sociale (MTSS) à aller encore plus loin, et à constituer **un comité national de pilotage, étudiant les voies possibles pour mettre en place un système d'assurance maladie universelle**. L'objectif est que ce régime englobe l'ensemble de la population, et soit accessible aux plus pauvres. Pour cela, l'idée est de concevoir un régime qui éviterait aux assurés fragiles économiquement de payer les prestations de leur poche, notamment en prévoyant des financements alternatifs au mécanisme de contribution directe, comme les recettes fiscales, les subventions, etc.

B / LES FILETS SOCIAUX ET AUTRE SERVICES D'AIDE SOCIAUX

Les filets sociaux font référence aux mécanismes de transferts sociaux non contributifs, ciblant les individus ou les ménages pauvres et vulnérables, et visant à soutenir la consommation et/ou l'accès

aux services sociaux de base. Parmi les nombreux programmes de ce type qui ont été menés dans la dernière décennie, certains sont particulièrement efficaces. Ainsi, concernant l'éducation, certains programmes

ont permis de supprimer les frais de scolarité afin de favoriser l'accès des filles aux cours primaires, ou encore d'offrir des bourses pour les élèves les plus démunis. Dans le domaine de la santé, le gouvernement a mis en place des exemptions : pour toute la population, la prise en charge des cas de lèpre, tuberculose, fièvre jaune, choléra est complète. Aussi, le gouvernement prend en charge à hauteur de 80% à 100%, selon le niveau de revenus des bénéficiaires, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). Des exemptions ont également été permises pour le traitement gratuit de la méningite et de la rougeole en cas d'épidémie.

Enfin, **deux programmes novateurs de transferts monétaires ont été mis en place, dans l'objectif de les étendre par la suite à**

l'échelle nationale : un premier, initié par le Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles, qui consiste à opérer des transferts monétaires directs au bénéfice de ménages pauvres. Un second, qui permet de distribuer des coupons alimentaires en milieu urbain, également en faveur des ménages les plus pauvres.

De nombreuses autres mesures ont été prises dans la dernière décennie : subventions universelles des produits alimentaires et pétroliers (comme la suspension de la perception de la TVA sur les produits de grande consommation), services d'aide sociale pour les handicapés, les réfugiés et les exclus sociaux, création de fonds d'appui pour promouvoir l'emploi chez les jeunes, etc.

3 - LA POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE (2013-2023) : LES DEFIS QUE DOIT RELEVER LE BURKINA FASO DANS LES DIX PROCHAINES ANNEES

Même si de nombreux programmes ont été mis en place dès le début des années 90, la réflexion sur la protection sociale au Burkina Faso a connu un tournant dans les années 2000, dans la lignée du *Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté* (CSLP), puis de la *Stratégie de croissance accélérée et de développement durable* (SCADD). Comme mentionné plus haut, après avoir rédigé une première ébauche en 2003, le gouvernement a émis en 2012 un document final, établissant une feuille de route pour la **mise en œuvre d'une Politique nationale de protection sociale (PNPS), entre 2013 et 2023.**

L'idée qui ressort du document est que la construction d'une protection sociale, qui doit être comprise à la fois comme la volonté de protéger la population des risques, et comme un investissement soutenant le développement du capital humain, est déjà bien engagée au Burkina Faso, grâce à une vraie volonté politique, mais que de nombreux défis restent à relever pour sortir la population de la pauvreté (aujourd'hui, encore 46.7% de la population est en-dessous du seuil de

pauvreté. D'abord, l'identification des groupes vulnérables peut être améliorée, pour accroître l'efficacité des programmes, et s'assurer que ce sont bien les plus pauvres qui en bénéficient prioritairement. Ensuite, les sources de financement manquent, et des solutions originales doivent être trouvées : en effet, beaucoup de financements sont encore trop ponctuels et dépendants de l'aide internationale, qui se mobilise lors de l'apparition d'une crise. Ce défi est particulièrement important à relever dans le cas de l'assurance maladie universelle, surtout si celle-ci se donne comme ambition de couvrir l'ensemble de la population, car alors les cotisations ne pourront pas suffire à maintenir le régime à l'équilibre. Beaucoup d'autres chantiers seront encore ouverts pendant les prochaines années : une meilleure coordination entre les différents programmes, une réflexion sur la gouvernance par l'Etat des régimes de sécurité sociale qui pose aussi parfois problème, dans le sens où étant lui-même employeur, il peut se retrouver comme juge et partie à la fois. Enfin, un meilleur suivi-évaluation des programmes devra être élaboré.

Sources

- Mise en place d'un socle de protection sociale. Le Burkina Faso. Marie Eugénie Malgoubri Kyendrebeogo, Inoussa Ouiminga, Olivier Louis dit Guérin.
- Politique nationale de protection sociale 2013-2023, Septembre 2012
- Cadre sectoriel de dialogue promotion et protection sociales, rapport annuel de performances au titre de l'année 2013.
- Filets sociaux au Burkina Faso, Banque Mondiale, 19 Novembre 2013

LE CAMEROUN



La question de la protection sociale est d'actualité au Cameroun, comme en témoigne son patronage en 2010 du second Colloque Africain sur le Travail Décent, qui a abouti à la Déclaration tripartite de Yaoundé sur la mise en œuvre du Socle de Protection Sociale (SPS). De fait, si 40% de la population se situe encore en dessous du seuil de pauvreté, c'est au moins partiellement en raison de l'absence de couverture sociale garantissant un revenu minimum aux foyers camerounais. A cet égard, les pouvoirs publics ont fait le constat que les mécanismes de sécurité sociale déjà existants, que le pays a hérité de l'époque coloniale, doivent être réformés, en raison de leur extension à une proportion très limitée de la population (environ 10% seulement). Ainsi, tant dans sa dimension horizontale (extension de la protection sociale à l'ensemble de la population), que dans sa dimension verticale (qualité et niveau des prestations), le chantier de la protection sociale semble être engagé au Cameroun.

1 – INVENTAIRE DES DISPOSITIFS DE PROTECTION SOCIALE EXISTANTS AU CAMEROUN

| BRÈVE CHRONOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALE AU CAMEROUN | |
|--|---|
| 1956 | Création de la Caisse de Compensation des Prestations Familiales (CCPF) |
| Loi du 12 juin 1967 | La CCPF est remplacée par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), et un code des prestations familiales est institué. |
| Loi du 10 Novembre 1969 | Création d'un régime d'assurance de pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès, dont la gestion est confiée à la CNPS |
| Loi du 13 juillet 1977 | Création d'une couverture pour les risques professionnels, confiée aussi à la CNPS. |
| Loi du 18 Décembre 2001 | Réforme des procédures de recouvrement des cotisations sociales et partenariat avec l'administration fiscale |

Comme pour la plupart des anciennes colonies françaises, la protection sociale au Cameroun trouve ses origines dans la promulgation en 1952 du Code du Travail des territoires français d'Outre-Mer, qui prévoit l'octroi de prestations familiales aux travailleurs, et qui entraîne, dès 1956, la création d'une *Caisse de compensation des prestations familiales* (CCPF) chargée du recouvrement des cotisations et du versement des allocations. Après la prise d'indépendance, ce cadre institutionnel de base est réformé : une loi du 12 juin 1967 remplace la CCPF par la *Caisse Nationale de Prévoyance Sociale*, et une autre du 10 novembre 1969 confie à cette dernière la gestion d'un régime de pensions de vieillesse,

d'invalidité et de décès, fonctionnant par capitalisation. Enfin, une loi du 13 juillet 1977 ajoute à la charge de la CNPS un régime de couverture des risques professionnels, abrogeant ainsi une législation datant de 1959, qui avait confié la gestion de ces risques aux compagnies privées d'assurance.

Sur le fonctionnement de ce régime de nature assurantielle, il faut aussi mentionner la réforme d'envergure qui a été menée en décembre 2001, et qui a réaménagé les procédures de recouvrement des cotisations sociales, afin de garantir le versement effectif des prestations. De fait, l'ancien système avait abouti à la fin des années 90 à l'accumulation

d'arriérés pour un montant de plus de 600 milliards de francs CFA, du fait d'un recouvrement effectif des cotisations qui avoisinait seulement les 50%. Par conséquent, le versement des prestations aux assurés était très irrégulier, et a même été plusieurs fois suspendu. Désormais, c'est l'administration fiscale qui émet, liquide et recouvre les cotisations sociales pour le compte de la CNPS. Après la réforme, les recettes de la Caisse sont passées de 39 milliards à 61 milliards de francs CFA, et ce dès 2004. En 2013, elles s'élèvent à 117 milliards de francs CFA. Cependant, malgré les progrès qui ont été faits pour assurer l'équilibre financier de la CNPS, son directeur général parle encore aujourd'hui d'une « atmosphère d'évasion fiscale », les employeurs refusant souvent d'immatriculer une partie de leurs travailleurs afin d'éviter de payer trop de cotisations. Ceux-ci ne peuvent alors bénéficier d'aucune couverture sociale.

La CNPS ne compte, dans son recueil statistique de 2013, que 734 457 assurés sociaux (employés et employeurs confondus), soit environ 8% de la population active (si l'on considère que seulement 41% de la population est active). Ainsi par exemple, sur les 44% de la population camerounaise qui est âgée de moins de 14 ans, seulement 3.6% bénéficient d'un versement d'allocation familiale *via* leurs parents. Cela tient notamment au fait que le Code du Travail ne permet l'accès à la sécurité sociale qu'aux personnes salariées par un employeur, ce qui exclut de fait tout le secteur informel, qui représente déjà à lui seul environ 80% du marché du travail, ainsi

que toutes les professions libérales. Pourtant, une loi du 19 décembre 1990 était censée permettre à ces catégories de souscrire volontairement à la CNPS, si elles prenaient en charge la totalité des cotisations. Cependant, le décret qui devait fixer les conditions d'application de cette disposition n'a jamais été pris.

De plus, même si elle crée et gère des œuvres d'action sanitaire, la CNPS ne comporte aucune branche maladie, alors qu'il s'agit d'une des normes minimales de la convention n°102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT). Les salariés du secteur privé sont censés bénéficier du service médical et sanitaire au sein de l'entreprise : le Code du Travail prévoit en effet qu'en cas de maladie du travailleur, de son ou ses conjoints, ou de ses enfants, l'employeur est tenu de fournir les soins dans la mesure de ses moyens. De même, un décret du 9 juillet 1991 dispose que les fonctionnaires bénéficient d'une prise en charge par l'Etat de leurs frais de santé, à hauteur de 60%, et des évacuations sanitaires à 100%. Cependant, dans les deux secteurs, privé comme public, les textes ne semblent pas être appliqués. Quant aux personnes n'appartenant à aucun des deux secteurs, c'est-à-dire près de 90% de la population, aucune autre couverture que les mutuelles de santé ne leur est disponible. Or, celles-ci restent peu développées malgré les actions engagées par les ONG sur le territoire : on comptait seulement 158 mutuelles d'assurance-santé en 2009, avec un taux de couverture de 2% de la population.

2 - LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE POUR LA CONSTRUCTION DU SOCLE DE PROTECTION SOCIALE

Compte tenu des difficultés présentées ci-dessus, et de la vulnérabilité de la population (40% des camerounais vivent en-dessous du seuil de pauvreté), le gouvernement camerounais a affirmé depuis plusieurs années déjà la nécessité de réformer le système actuel de protection sociale. Ainsi, en décembre 1999 est publiée une stratégie nationale pour la restructuration de la sécurité sociale. En 2005, un décret assigne au Ministère des Affaires Sociales la mission de la protection sociale de l'individu, qui

passé notamment par le déploiement de la stratégie dite des « 3A » : Assistance, Accompagnement, Autonomisation. Puis, par arrêté du 4 novembre 2008, **le Premier Ministre camerounais crée un Comité sur la Modernisation de la Sécurité Sociale.** Celui-ci remet en février 2009 ses conclusions : la réforme de la sécurité sociale devrait passer par l'éclatement de la CNPS en trois caisses distinctes, la Caisse nationale des personnels de l'Etat, la Caisse nationale d'assurance maladie, et la Caisse nationale de

sécurité sociale. Cependant, aucune loi n'a été proposée depuis 2009. Les pouvoirs publics ont cependant encore affirmé récemment que la proportion des populations couvertes en matière de sécurité sociale devrait passer de 10% en 2012 à 20% en

2015. On mentionnera aussi le fait que le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) prévoyant les actions de l'Etat pour les années 2010-2020 contient l'objectif, dans le domaine social, d'étendre la sécurité sociale au plus grand nombre.

1 / SANTE

| QUELQUES CHIFFRES SUR LE PROFIL SANITAIRE DU CAMEROUN (2012) | |
|---|------------|
| Population totale | 21.700.000 |
| Revenu national brut par habitant (\$ PPA) | 2.270 |
| Espérance de vie à la naissance h/f | 55/57 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 95 |
| Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (en %) | 5.3% |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$) | 120 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 5.1 |

Parmi tous les défis que pose la construction d'un socle de protection sociale au Cameroun, celui de la santé est sans doute prioritaire. De fait, le profil sanitaire du pays est critique, et aucun camerounais, qu'il soit du secteur formel ou informel, ne bénéficie de couverture sociale lui permettant d'avoir accès à un minimum de soins sans avoir à payer de sa poche. A la suite de la déclaration tripartite de Yaoundé, le gouvernement a

donc déclaré envisager la mise en œuvre d'un système obligatoire de couverture générale du risque maladie, permettant de proposer un paquet minimum de soins gratuits (consultations prénatales, prise en charge de la tuberculose, du paludisme, du VIH, etc.). Cependant, cette proposition semble encore à l'état d'ébauche, et dépendra de la loi sur la restructuration de la sécurité sociale.

B / PAUVRETE

Concernant les autres risques, plusieurs programmes ont été mis en place, mais ils ont encore une portée très limitée. Ainsi, le gouvernement a mis en œuvre avec le soutien de la Banque Africaine de Développement un projet d'assainissement de Yaoundé (PAD-Y), qui a permis l'embauche de 657 bénéficiaires. Aussi, le Projet « Travail contre nourriture », financé par le Programme alimentaire mondial (PAM) au nord du pays a permis de réduire l'insécurité alimentaire pour 16 591 bénéficiaires.

Plus récemment, le gouvernement du Cameroun et la Banque Mondiale ont lancé le projet « Filets Sociaux » dont le but est d'améliorer l'accès des personnes pauvres aux services sociaux de base. Il est composé de deux axes majeurs : les transferts monétaires, et les travaux publics à haute intensité de main d'œuvre (HIMO). Grâce au financement de 25 milliards de francs CFA accordé par la Banque Mondiale, le projet doit

permettre à 2.000 ménages de l'Extrême-Nord et du Nord-Ouest de bénéficier d'un transfert monétaire de 15.000 francs CFA (30 USD) en moyenne par mois, pendant 24 mois.

D'autres programmes qui n'ont pourtant pas de lien direct avec la protection sociale permettent aussi d'avancer dans le chantier pour la construction du SPS. Ainsi par exemple, le programme intégré d'appui au secteur informel (PIAASI) qui vise à faire basculer les personnes travaillant dans le secteur informel vers le formel pourrait bien permettre d'augmenter le nombre de travailleurs susceptibles de bénéficier de la couverture sociale proposée par la CNPS.

En conclusion, malgré une volonté politique affichée de lancer effectivement la construction d'un socle de protection sociale, beaucoup de défis restent à relever au Cameroun, dont les plus urgents sont sans doute la mise en place d'un régime d'assurance maladie étendu à

l'ensemble de la population, et la construction de réels filets sociaux pour les populations vulnérables dont le revenu est quasi-

inexistant, ou très sensible aux chocs économiques (dans les zones rurales notamment).

Sources

- Site officiel de la Caisse nationale de Prévoyance Sociale
- Entretien du directeur général de la CNPS, Noël Alain Olivier Mekulu Mvondo Akame, accordé au journal « Le Droit ». Propos recueillis par Marius Nguimbous
- Recueil Statistique 2013, CNPS
- Cameroun, Code du Travail institué par la loi du 14 Août 1992 –
- Colloque des directeurs d'institutions de sécurité sociale des pays francophones d'Afrique, « Le recouvrement des cotisations de sécurité sociale en Afrique francophone, rapport du Cameroun »
- Deuxième enquête sur l'emploi et le secteur informel au Cameroun (EESI 2)
- 2^{ème} colloque Africain sur le Travail Décent – Panel 5 - Le défi de l'extension de la couverture sociale : garantie du revenu et prestations sociales.
- CLEISS 2011 – Le régime camerounais de sécurité sociale

LE CONGO



Malgré d'abondantes ressources, le Congo possède une population dont toujours plus de la moitié vit en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation découle largement de la crise économique des années 80 suivant le contre-choc pétrolier, qui a provoqué des conflits sociopolitiques, et entraîné la destruction des infrastructures, ainsi que la dégradation du niveau de vie de la population. Ainsi, depuis une dizaine d'année s'est enclenché un processus de reconstruction, au sein duquel la nécessité de construction d'un véritable socle de protection sociale est centrale. Construisant sur les fondations d'un régime de sécurité sociale dont les premières bases datent de 1952, c'est-à-dire avant l'indépendance du pays, le gouvernement congolais est à l'œuvre depuis quelques années afin d'appliquer les réformes nécessaires, et de mettre en place un véritable système assurantiel de sécurité

sociale, effectif et intégrant l'ensemble de la population.

1 - LE CADRE INSTITUTIONNEL DE LA PROTECTION SOCIALE AU CONGO NE CONCERNANT QU'UNE PETITE PARTIE DE LA POPULATION, UNE LOI DE 2011 A CHERCHE A L'ETENDRE AUX AUTRES CATEGORIES.

BREVE CHRONOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALE AU CONGO

| | |
|--|--|
| Arrêté n°705 du 8 mars 1956 | Création d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés, dont la gestion est confiée à une caisse de compensation des prestations familiales. |
| Ordonnance du 16 Octobre 1962 | Institution d'un régime de retraite pour les travailleurs salariés et dont la gestion est confiée à la caisse de compensation des prestations familiales. |
| Loi du 25 février 1986 | Toutes les dispositions concernant la Sécurité sociale au Congo sont rassemblées dans un Code de sécurité sociale. |
| Loi instituant un système de Sécurité sociale au Congo - 2011 | Extension de la sécurité sociale à toutes les catégories de la population. |

Le système congolais de Sécurité sociale trouve ses premières origines dans le Code du travail des territoires d'outre-mer, datant de 1952, qui habilitait les chefs de territoire à instituer des prestations familiales pour tous les travailleurs. A partir de là va se construire par étapes successives une architecture institutionnelle spécifique à la sécurité sociale : en 1956 est créée une caisse de compensation des prestations familiales au Moyen Congo, puis celle-ci se voit confier en 1959 la réparation et la prévention des accidents du travail, et en 1962, les prestations vieillesse, invalidité et décès. En 1986, une loi rassemble toutes les dispositions précédentes, et les rassemble dans un Code de la sécurité sociale.

Cependant, ne sont concernés que les travailleurs « *lorsqu'ils sont occupés à titre principal sur le territoire national pour le compte d'un ou plusieurs employeurs* », et comme le souligne un rapport du BIT adressé en 1993 au gouvernement congolais, cela ne concerne seulement que 10% de la population.

C'est pour étendre cette protection à toutes les catégories de la population, c'est-à-dire au secteur formel et informel (50.7% de la population), que la **loi de 2011 instituant un système de sécurité sociale au Congo a été votée**. Par son article premier, elle stipule que le système de sécurité sociale vise à protéger les travailleurs, mais aussi les

« autres catégories de la population ». Surtout, dans son article 4, elle affirme que peuvent être affiliés au régime de sécurité sociale tous les Congolais résidant au Congo, qu'ils soient « travailleurs, salariés, ou indépendants », créant par là un nouveau statut juridique pour les personnes qui seraient leur propre employeur.

Le système congolais de Sécurité sociale est de type bismarckien, c'est à dire qu'il est assurantiel, en ce que son financement est principalement basé sur les cotisations salariales. En effet, pour les travailleurs salariés, l'affiliation au régime est dépendante du versement de cotisations salariales d'un taux de 24,8%, dont 4% sont assurés par le salarié (pour les pensions vieillesse) et 20.8% par l'employeur, et portant sur une part plafonnée du salaire. Cependant, les modalités de cotisation des travailleurs voulant s'affilier au régime sous le statut d'indépendants restent à déterminer : la réussite de l'intégration du secteur informel dans le système dépendra beaucoup des

décisions qui seront prises à cet égard, notamment parce que le mode de paiement de ces cotisations, ainsi que les modalités de liquidation des pensions, doivent être assez souples pour s'adapter à la grande précarité qui caractérise souvent l'activité dans le secteur informel (utiliser des mécanismes par point par exemple).

Le système créé par la loi de 2011 constitue une avancée pour la construction d'un socle de protection sociale, en ce que celle-ci crée un statut de travailleur indépendant. Cependant, l'impossibilité de bénéficier de prestations si l'on n'a pas cotisé instaure une forte barrière à l'entrée pour les personnes ou les ménages disposant de très peu de revenus (c'est-à-dire au moins 50% de la population). Or, il n'existe pas réellement de prestations d'assistance pour ces foyers, qui permettraient de leur assurer un revenu minimum, et par suite, de les inciter à envoyer leurs enfants à l'école, etc.

2 – LES AUTRES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALE AU CONGO : SANTE, PAUVRETE

A / POLITIQUE DE SANTE – La loi du 27 juin 2014

| QUELQUES CHIFFRES SUR LA SITUATION SANITAIRE EN RDC (2012) | |
|--|-----------|
| Population totale | 4.337.000 |
| Revenu national brut par habitant (en \$ PPA) | 3.450 |
| Espérance de vie à la naissance h/f | 57/60 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 96 |
| Prévalence du VIH (population entre 15 et 49 ans) | 4.1% |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$) | 140 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 3.2 |

La situation sanitaire au Congo est caractérisée par la précarité de l'état de santé des populations : taux élevés de mortalité infanto-juvénile, persistance des maladies infectieuses et au premier plan le paludisme et le VIH, etc. Or, le régime de sécurité sociale institué par la loi de 2011 ne permet pas une réelle couverture des besoins sanitaires de la population. C'est pourquoi un décret du 2 Février 2012 a créé au sein du ministère du travail et de la sécurité sociale un comité de pilotage chargé de la mise en place d'un projet pour un régime d'assurance maladie. **Le 27 juin 2014, une loi a institué un régime d'assurance maladie universelle**

couvrant au bénéfice des assurés sociaux l'accès aux services de santé dans les secteurs public et privé.

L'ensemble des populations résidant en république du Congo est assujéti à ce régime, qui garantit aux assurés et aux membres de leur famille la prise en charge directe des frais de soins de santé inhérents à la maladie ou à l'accident, à la maternité et à la rééducation physique et fonctionnelle. **Cependant, si le régime d'assurance maladie créé par la loi de 2014 n'est pas réservé aux seuls salariés, il s'agit tout de même d'un modèle assurantiel, l'ouverture**

du droit aux prestations étant strictement subordonné au paiement des cotisations et des frais d'adhésion. Il n'existe donc pas de dispositif qui permette aux populations en

situation de grande pauvreté de bénéficier de couverture santé tout en étant affranchies de toute charge.

B / PAUVRETE

En marge du système de sécurité sociale, le Congo élabore régulièrement des stratégies de réduction de la pauvreté, en collaboration étroite avec les organismes internationaux comme la Banque Mondiale ou le Fonds Monétaire International. Ainsi, en octobre 2001, le Comité National de Lutte contre la pauvreté (CNLP) a été mis en place, et dès 2004, une stratégie de réduction de la

pauvreté au Congo a été élaborée. En matière de protection sociale, la stratégie choisie par le gouvernement est de mettre en œuvre une législation protectrice des personnes vulnérables, tout en construisant des infrastructures pour les héberger et les prendre en charge : cependant, peu de progrès semblent avoir été faits dans ce domaine.

3 – LES DIFFICULTES DU REGIME ET LES DEFIS RESTANT A RELEVER

Une des difficultés majeures auxquelles fait face le gouvernement de la République du Congo est le déficit croissant qui empêche la stabilité financière du régime de sécurité sociale. L'essor du régime depuis la fin des années 80, combiné avec la crise économique des années 90 a entraîné des défaillances importantes dans le paiement des prestations, entraînant de fait une crise de confiance entre les assurés et les organismes chargés de la gestion du système. Une des raisons sous-jacentes à cette situation est que le régime étant de type bismarckien, il est supposé se développer à long terme avec la croissance de l'économie et du nombre de salariés du secteur formel. Cependant, ces conditions n'ont pas été réunies, notamment en raison du manque de vitalité de l'économie (disparition de certains des fleurons de l'économie nationale comme Hydry Congo, ONPT, RNTP, etc., contrechoc pétrolier), et de l'importance du taux de chômage (20% en 2005, et environ 40% dans le groupe d'âge 20-24 ans) qui est venu grossir les rangs du secteur informel. Par

conséquent, chaque année, de nombreux travailleurs sont admis à la retraite, tandis que le nombre de cotisants reste stationnaire, créant un déséquilibre financier. Ces difficultés font écho au problème que rencontrent la quasi-totalité des pays d'Afrique subsaharienne, à savoir la difficulté pour l'Etat d'assurer une protection sociale pour le secteur informel puisqu'il lui est presque impossible de capter les revenus qui s'y trouvent dégagés, pour financer les caisses d'assurance.

Le défi majeur auquel doit faire face le Congo est donc celui de trouver d'autres sources de financement afin de pouvoir intégrer le maximum de personnes au sein d'un régime de protection sociale, y compris celles qui seraient dans l'incapacité de contribuer à la constitution des fonds d'assurance, tout en développant au maximum l'emploi et le dynamisme économique, afin de permettre la formalisation progressive de l'ensemble du marché du travail.

Sources

- Loi n°004-86 du 25 février 1986 instituant un Code de sécurité sociale au Congo
- Loi n°37-2014 du 27 juin 2014 instituant le régime d'assurance maladie universelle
- Loi n°31-2011 du 15 juillet 2011 instituant le système de sécurité sociale
- Le système de protection sociale au Congo-Brazzaville, Pierre N'Gaka, édition L'Harmattan

LA CÔTE D'IVOIRE



Les années de conflits et de chocs économiques qu'a connues jusqu'à récemment la Côte d'Ivoire ont entraîné une fragilisation de la cohésion sociale, ainsi qu'un ralentissement du développement économique. Cela a contribué à l'accroissement de la pauvreté : le taux de ménages pauvres a quadruplé entre 1985 et 2008, passant de 10% à 49%. C'est pour cette raison qu'après le rétablissement des institutions étatiques et des partenariats avec les bailleurs de fonds internationaux, la réduction de la pauvreté a été placée en priorité dans l'agenda des pouvoirs publics. De fait, alors qu'une majorité de la population n'a toujours pas accès aux services sociaux de base, notamment dans le domaine de la santé, le gouvernement ivoirien a témoigné de sa volonté d'agir pour la construction d'un véritable socle de protection sociale : a en effet été adoptée en 2013 une Stratégie

Nationale de Protection Sociale (SNPS) pour les prochaines années, dont l'objectif est d'agir significativement sur la courbe de vulnérabilité économique.

1 – INVENTAIRE DES DISPOSITIFS DE SÉCURITÉ SOCIALE EN CÔTE D'IVOIRE

| | |
|-------------------------|--|
| 15 décembre 1955 | Mise en place de la Caisse de Compensation des Prestations familiales (CCPF), chargée de payer des prestations familiales aux familles des salariés du secteur privé |
| 10 décembre 1958 | Création du régime des risques professionnels, confié à la CCPF |
| 20 décembre 1968 | Création de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et promulgation d'un Code de Prévoyance Sociale |
| 1973 | Création de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire (MUGEFCI) |
| 1997 | Création de la Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat (CGRAE) |

Le système de sécurité sociale ivoirien est divisé en deux parties, l'une destinée aux travailleurs du secteur privé, et l'autre aux travailleurs du secteur public. Les travailleurs du secteur informel en sont exclus.

A / LE SECTEUR FORMEL PRIVÉ

Le régime de sécurité sociale destiné aux travailleurs du secteur privé est géré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Celle-ci, créée en 1968, hérite de l'institution mise en place par l'administration coloniale avant l'indépendance, à savoir la Caisse de Compensation des Prestations Familiales (CCPF). Ayant repris les branches de la CCPF qui s'étaient constituées par étapes, elle verse aujourd'hui des pensions vieillesse, invalidité et survivants, des allocations familiales, et

des prestations en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Sont donc exclus le chômage et la maladie.

Le régime étant de type assurantiel, la CNPS est financée par les cotisations salariales. Ainsi, comme le prévoit le Code de Prévoyance Sociale, les employeurs ont l'obligation de s'immatriculer auprès de la CNPS et d'y affilier leurs employés, afin que ceux-ci bénéficient de prestations en échange de retenues sur leurs salaires. Les

cotisations sont calculées sur une assiette plafonnée à 70 000 francs CFA par mois pour les prestations familiales et les risques professionnels, et à 1 647 315 francs CFA pour les pensions. Les cotisations pour les prestations familiales (5.75%) et les risques professionnels (de 2 à 5%) sont à la charge de l'employeur, mais celles pour les retraites sont partagées avec l'employé (4.80% pour l'employeur, 3.20% pour l'employé).

Le régime se caractérise par plusieurs faiblesses. D'abord, il ne couvre qu'une très faible part de la population, puisqu'il ne concerne que les travailleurs soumis au Code du Travail, et exclut ainsi de son domaine d'application l'écrasante majorité de la population, qui dépend de l'agriculture familiale et des autres branches du secteur informel. Aussi la CNPS couvre-t-elle seulement 610 908 assurés en 2010, soit

environ 6% de la population active. Ensuite, il ne couvre pas le risque maladie, à part pour les accidents du travail et les femmes en couche, laissant à la charge des employeurs les soins de leurs employés. De fait, le Code du travail impose à tout employeur ayant plus de 100 salariés de disposer d'un service médical. Or, le régime doit également faire face à la mauvaise volonté d'une bonne partie des employeurs qui refusent de se soumettre à la réglementation sociale (pas de centre de santé au sein de l'entreprise, refus d'accorder les soins primaires, pas d'immatriculation, refus du paiement des cotisations, etc.). A cela s'ajoute le très faible montant des allocations, les obstacles administratifs pour les obtenir (comme la déclaration du mariage civil, condition préalable au versement des prestations familiales), et le déficit financier du régime.

B / LE SECTEUR PUBLIC

Le régime de sécurité sociale destiné aux travailleurs du secteur public est géré par la Caisse

Générale de Retraite des Agents de l'Etat (CGRAE). Celle-ci a été créée en 1997 pour prendre en charge les fonctionnaires, qui étaient sous la responsabilité du Ministère des Affaires Economiques et du Plan depuis 1964. La CGRAE verse donc principalement des pensions de retraite, bien qu'elle accorde aussi des allocations familiales. Comme pour la CNPS, le régime est contributif. Les cotisations, prélevées sur le salaire de l'agent, sont réparties de la manière suivante : 12% par l'employeur et 6% par l'employé. Au 31 décembre 2010, on dénombrait environ 70 000 bénéficiaires. Les faiblesses de la CGRAE sont les mêmes que celles de la CNPS : déficit financier, faible couverture de la population, faible montant des allocations, etc.

Comme la CNPS, la CGRAE ne couvre pas les dépenses de santé, si bien que les travailleurs du secteur formel public se tournent majoritairement vers les mutuelles professionnelles. La plus connue est la *Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire* (MUGEFCI), créée en 1973. L'adhésion des fonctionnaires (sauf les militaires et les policiers qui relèvent d'autres

mutuelles) y est obligatoire : il ne s'agit donc pas de mutuelles au sens commun. Elle gère trois régimes, tous selon le système de tiers payant : un régime de base et deux régimes complémentaires. Le régime de base de la MUGEFCI couvre environ 600 000 bénéficiaires, en échange d'une retenue sur les salaires fixée à un taux de 3%, et d'un ticket modérateur allant de 0 à 30% selon les cas.

A peine 6% de la population vit dans un ménage où au moins une personne bénéficie de pensions de retraite ou d'une quelconque autre assurance. Cela s'explique par le mauvais fonctionnement des régimes de sécurité sociale, et surtout par le fait que l'écrasante majorité des ménages, qui gagnent leur vie dans l'agriculture et d'autres branches du secteur informel, en sont exclus. Or, la pauvreté est concentrée dans ce secteur : à peine 2% des personnes de 15 ans et plus vivant dans les ménages pauvres en 2008 exercent dans les secteurs formels public ou privé. Le système existant en Côte d'Ivoire ne semble donc pas adapté pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion.

2 - LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE FACE AUX DÉFI QUE REPRESENTE LA CONSTRUCTION D'UN SOCLE DE PROTECTION SOCIALE UNIVERSELLE EN CÔTE D'IVOIRE

QUELQUES DONNÉES SUR LE PROFIL SANITAIRE DE LA CÔTE D'IVOIRE (2012)

| | |
|---|------------|
| Population totale | 19 840 000 |
| Revenu national brut par habitant (\$ PPA) | 1 920 |
| Espérance de vie à la naissance h/f | 52/54 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 108 |
| Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (en %) | 2.7 |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$) | 144 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 7.1 |

A / EN MATIÈRE DE PROTECTION SOCIALE, L'ABSENCE D'UN CADRE POLITIQUE COHÉRENT A EMPÊCHÉ LE PAYS D'AVANCER PENDANT LES TRENTE DERNIÈRES ANNÉES

Peu semble avoir été fait pendant les trente dernières années. Ainsi, alors même que les dépenses totales de santé dans le pays sont encore constituées à 68.7% des dépenses directes des ménages, aucune réforme n'a été engagée pour la création d'un mécanisme de mutualisation des risques, permettant à l'ensemble de la population d'avoir accès facilement aux soins. Aussi, il n'existe aucun programme de transferts en espèces destiné aux ménages les plus vulnérables, en dehors des quelques projets pilotes menés par les ONG dans les quartiers d'Abidjan.

Cependant, le gouvernement a pris quelques initiatives, sous forme de tarifications préférentielles, ou de mesures de gratuité. Par exemple, pour ceux qui sont branchés au réseau de la Société de

Distribution d'Eau de la Côte d'Ivoire (SODECI), la tarification est progressive selon le volume de consommation, si bien que les ménages les plus pauvres doivent normalement payer beaucoup moins cher l'accès à l'eau potable. Cependant, la plupart des ménages pauvres en milieu urbain paient en réalité davantage que les autres, parce qu'ils ne sont pas branchés au réseau de la SOCEDI. Le gouvernement a également mis en œuvre une politique de gratuité des frais d'inscription pour l'enseignement primaire depuis 2001. Cependant, là aussi, les effets restent limités car les subventions de l'Etat qui doivent compenser cette gratuité sont limitées aux sous-préfectures possédant un compte en banque, ce qui n'est pas toujours le cas, surtout pour les zones les plus vulnérables.

B / LA STRATÉGIE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE

Ce manque d'évolution dans le domaine de la protection sociale s'explique par les crises politiques qu'a connues la Côte d'Ivoire, mais aussi par l'absence d'un cadre politique cohérent, et de financements associés : les coûts relatifs à la protection sociale prévus sur la période 2009-2015 se sont élevés à seulement 6.86 milliards de FCFA, soit 0.04% des coûts totaux de la Stratégie de réduction de la pauvreté adoptée pour cette même période. **C'est pour changer cela que la Stratégie Nationale de Protection Sociale a été adoptée en mai 2014, et qu'un financement de 322 milliards de francs CFA lui a été rattaché.** Quatre axes principaux ont été définis : la facilitation de l'accès aux services sociaux de base, l'accompagnement des groupes les plus

vulnérables, l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, et l'atteinte d'une couverture maladie universelle.

En attendant, les mécanismes informels apparaissent prédominants dans le système de protection tel qu'il fonctionne actuellement en Côte d'Ivoire. Ainsi, lors des études de cas menées dans le cadre d'une récente cartographie du système de protection de l'enfant, les groupes de discussion n'ont fait référence qu'à l'aide communautaire fournie par leur entourage : aucun n'a mentionné l'existence de structures étatiques. En effet, les modèles traditionnels de protection sociale, fondés sur la solidarité entre les membres, et la réciprocité dans la jouissance des prestations, est restée très présente dans les

chefferies, notamment en raison de la reconnaissance du droit coutumier par l'Etat. Même si ces mécanismes traditionnels peuvent montrer des limites (par exemple, certaines pratiques peuvent se révéler opposées aux droits de l'enfant et nuisibles à

son développement), il n'en reste pas moins qu'ils constituent une opportunité importante à prendre en considération dans le développement d'un système national de protection sociale.

La Côte d'Ivoire est un pays qui a connu jusqu'à très récemment des crises importantes, favorisant la pauvreté et entraînant la fuite des partenaires financiers. Cependant, il apparaît qu'une fois la stabilité revenue, la priorité soit à la réduction des risques qui pèsent sur les ménages, et les enferment dans un cercle vicieux de pauvreté. Aussi le

gouvernement affiche-t-il une volonté politique forte pour s'engager dans le chantier de la protection sociale : à cet égard, le cadre politique qui a été élaboré et les moyens financiers qui y ont été rattachés laissent penser que d'ambitieux projets sont en cours d'élaboration.

Sources

- CLEISS, Le régime ivoirien de sécurité sociale, 2011
- Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement, Document de stratégie de réduction de la pauvreté 2009-2013, Septembre 2008
- Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales, Le système de couverture sociale en Côte d'Ivoire, mai 2010
- République de la Côte d'Ivoire, UNICEF, Oxford Policy Management, Cadre de développement de la Stratégie Nationale de Protection Sociale en Côte d'Ivoire, Tome 1, Janvier 2012

LE GABON



Comme la plupart des pays anciennement colonisés par la France, le Gabon dispose depuis son indépendance de structures institutionnelles relevant de la Sécurité Sociale et découlant des obligations prévues par le Code du Travail. Cependant, elles sont aujourd'hui loin d'être suffisantes pour assurer une réelle couverture sociale à l'ensemble de la population, face aux risques que sont la maladie, l'exclusion, la pauvreté, la vieillesse, etc. Or, la constitution du 26 mars 1991 affirme que l'Etat doit garantir à tous la protection de la santé et la sécurité sociale. C'est pourquoi des réformes de grande envergure ont été menées depuis le milieu des années 2000 pour construire un véritable socle de protection sociale au Gabon. Les pouvoirs publics ont d'ailleurs rappelé au début de l'année 2014 l'importance de ce chantier. Aussi la préparation d'un nouveau « Pacte social » a été lancée, dans la

continuité du « Plan Stratégique Gabon Emergent » (PSGE).

1 – DEPUIS 1960, LE GABON S'EST DOTÉ D'UNE SÉRIE DE LOIS AFIN D'ASSURER UNE COUVERTURE SOCIALE POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE LA POPULATION

BRÈVE CHRONOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALE AU GABON

| | |
|-----------------------------------|---|
| Loi du 4 janvier 1962 | Institution d'un Code du travail de la République gabonaise |
| Décret du 7 Janvier 1963 | Institution d'un régime des prestations familiales au profit des travailleurs gabonais et création de la Caisse de compensation des prestations familiales. |
| Loi du 25 Novembre 1975 | Création du Code de sécurité sociale et de la caisse nationale de sécurité sociale + rattachement de la branche maladie à la CNSS. |
| Loi de janvier 1983 | Création de la Caisse nationale de Garantie Sociale pour les agents contractuels de l'Etat, les travailleurs indépendants et les indigents. |
| Loi du 26 Septembre 1991 | Couverture quasi-intégrale des dépenses de santé pour les fonctionnaires |
| Ordonnance du 21 Août 2007 | Création du régime obligatoire d'assurance maladie, ainsi que d'une Caisse Nationale d'assurance maladie et de garantie sociale (CNAMGS) |

Dès les années qui suivent la prise d'indépendance en 1960, une première architecture institutionnelle est élaborée au bénéfice des travailleurs salariés. Un Code du travail est institué, et prévoit notamment la création d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs gabonais. Dès 1963 est créée une *Caisse de compensation des prestations familiales* (CCPF). Au fur et à mesure des années, celle-ci se voit progressivement confier la gestion de branches supplémentaires : aux prestations familiales s'ajoutent les risques professionnels (accidents du travail et maladies

professionnelles), puis les pensions de vieillesse, invalidité et décès.

Une loi du 25 Novembre 1975 rassemble toutes ces dispositions, et les insère dans un Code de sécurité sociale. Celui-ci crée également une *Caisse Nationale de Sécurité Sociale* (CNSS), qui remplace l'ancienne CCPF, et qui jouit d'une autonomie financière, tout en étant placée sous la Tutelle de l'Etat. La même loi de 1975 rajoute aussi, parmi les charges de la CNSS, la couverture des dépenses de santé pour les salariés du secteur privé, et introduit pour cela un financement patronal de 4.10% sur

les salaires. Les dépenses de santé sont alors prises en charge à hauteur de 100%, sauf pour les hospitalisations et les évacuations sanitaires, où un ticket modérateur est imposé. **La CNSS couvrait, au milieu des années 2000, près de 92.739 assurés pour 226.515 bénéficiaires (en prenant en compte les personnes à charge), soit environ 13.8% de la population.**

Par ailleurs, d'autres dispositifs ont été créés à destination des autres catégories de la population. Ainsi, une loi du 26 septembre 1991 introduit une prise en charge intégrale des dépenses de santé pour les fonctionnaires, financée par le Trésor Public. De même, les agents contractuels de l'Etat, les travailleurs indépendants et les indigents font l'objet d'une loi de janvier 1983 créant la *Caisse Nationale de Garantie Sociale* (CNGS). Cette dernière assure jusqu'en 2007 le versement de prestations familiales et de pensions de retraite, et prend en charge les dépenses de santé des assurés. Les cotisations ne suffisant pas pour assurer sa stabilité financière, la loi de 1983 assure à la CNGS une importante dotation budgétaire de l'Etat. **Au milieu des années 2000, la CNGS couvre une population de 140 063 assurés**

pour 300 047 bénéficiaires, c'est-à-dire environ 18.3% de la population totale.

Le Gabon a donc construit au fil des années une architecture institutionnelle intégrant presque toutes les catégories de la population, et couvrant les risques les plus importants, à savoir la maladie, les charges familiales, les risques professionnels, et l'exclusion (vieillesse, invalidité, etc.). **Pourtant, au début des années 2000, il est devenu évident que le système ne fonctionnait pas, d'une part parce que les organismes ne fournissaient plus les prestations prescrites par la loi, et d'autre part parce qu'en raison de sources de financement insuffisantes, la part des particuliers restant à leur frais avait augmenté, entraînant une inégalité criante d'accès aux soins.** A titre d'exemple, plus aucun assuré de la CNGS ne bénéficiait de couverture maladie, car celle-ci n'avait plus les moyens de prendre en charge les dépenses de santé de ses assurés. Pour les fonctionnaires, les consultations n'étaient plus prises en charge par le Trésor Public. Enfin, la CNSS ne pouvait plus financer les médicaments, qui étaient donc de nouveau à la charge des particuliers.

2 - LA NÉCESSITE D'UNE RÉFORME DE GRANDE ENVERGURE : CRÉATION D'UN RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE, ET D'UN FONDS NATIONAL D'AIDE SOCIALE

| QUELQUES CHIFFRES SUR LA SITUATION SANITAIRE AU GABON (2012) | |
|---|-----------|
| Population totale | 1.633.000 |
| Revenu national brut par habitant (\$ PPA) | 14.090 |
| Espérance de vie à la naissance (h/f) | 62/64 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 62 |
| Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (en %) | 4.0 |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$) | 558 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 3.5 |

Face à la situation décrite plus haut, le gouvernement de la République du Gabon a adopté **l'ordonnance du 21 Août 2007 portant création d'un régime obligatoire d'assurance maladie**, dont la gestion est confiée à une *Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale* (CNAMGS). Toute la branche maladie de la CNSS est transférée vers la CNAMGS, et la CNGS est dissoute. La CNAMGS est composée de trois

fonds distincts, correspondant à l'ensemble des catégories de la population : celui des agents publics de l'Etat, celui des travailleurs salariés du secteur privé, parapublic, et des travailleurs indépendants, et le fonds de garantie sociale des gabonais économiquement faibles, des étudiants, des élèves et des réfugiés. La CNGS ayant été dissoute, ce dernier fonds est également

chargé du versement de prestations familiales.

Le Gabon a en outre opté pour une stratégie originale et efficace dans la mise en œuvre de son projet d'assurance maladie. De fait, il a choisi de faire d'abord adhérer les plus démunis (les gabonais économiquement faibles - GEF) avant de permettre aux salariés de s'inscrire. Ainsi, avec près de 33% de la population vivant sous le seuil national de pauvreté, le pays a lancé un recensement de la population pour identifier les bénéficiaires en situation de pauvreté. Ce recensement a permis de repérer 546 125 personnes décrites comme GEF. En 2009, 480 000 d'entre eux étaient immatriculés à la CNAMGS. Après les GEF, 25 000 étudiants, et 180 000 agents de l'Etat ont été encore affiliés au système. Puis, le 01 juin 2014, les salariés du secteur privé ont pu s'inscrire à la CNAMGS. **Ainsi, aujourd'hui, le régime obligatoire d'assurance maladie compte environ 800 000 assurés, sur une population totale de 1 633 000 habitants, ce qui équivaut à environ 49% de la population. En prenant en compte les personnes à charge bénéficiant de la couverture maladie de façon indirecte, on aboutit à une situation où la quasi-totalité de la population bénéficie de l'assurance maladie.**

En marge du régime obligatoire d'assurance maladie, le gouvernement a également créé un Fonds National d'Aide Sociale (FNAS), dont la mission est double : investir dans le capital humain et réduire la pauvreté. Deux types de programmes y sont prévus. D'une part, des transferts monétaires et des subventions à destination des catégories de la population qui sont fragiles (mères célibataires, personnes âgées, handicapés, enfants de rue, etc.). D'autre part, des mesures permettant d'aider les gabonais à entreprendre des activités lucratives : formations professionnelles, aides juridiques, paiement pour service rendu à l'Etat, financement des matériels, etc. 500 projets identifiés dans des secteurs jugés prioritaires pour l'économie ont déjà été ciblés.

En outre, ces avancées ont été complétées par **les engagements pris par l'Etat lors des Assises sociales du Gabon organisées à Libreville les 25 et 26 avril 2014.** Ont notamment été annoncées plusieurs mesures extrêmement prometteuses, comme la prise en charge à 100% des malades atteints de cancers, des familles vivant dans une grande précarité, et des frais médicaux aux urgences médicales les premières 24 heures, lorsque le diagnostic vital est engagé, pour tous les Gabonais, qu'ils soient assurés ou non, etc.

3 – LES DÉFIS QUI RESTENT A RELEVER POUR LE GABON

Toutes les informations rassemblées ci-dessus démontrent qu'il existe une forte volonté politique au Gabon dans le sens de la construction d'un socle de protection sociale. Beaucoup d'obstacles semblent avoir été presque dépassés, comme l'identification des catégories fragiles de la population, l'intégration du secteur informel dans le régime de sécurité sociale, etc. Un élément semble encore incertain, cependant : celui du financement du régime. De fait, si l'on étudie l'évolution des dépenses de la CNAMGS depuis que celle-ci a été mise en place, on s'aperçoit qu'elles croissent à un rythme élevé et soutenu : en seulement un an (entre 2008 et 2009), elles sont en effet passées de 9.7 milliards de FCFA à 24.6 milliards en 2009. Or, cette montée des dépenses est principalement due à l'augmentation des prestations familiales versées par la CNAMGS

aux GEF, qui ne sont pas contributeurs directs du régime.

Ainsi, **le défi majeur que doit relever aujourd'hui le Gabon est celui de trouver des sources de financement alternatives aux cotisations.** Aujourd'hui, plusieurs solutions ont déjà été trouvées : ayant constaté que les pays qui ont atteint la couverture universelle ont tous mis en place des systèmes de prépaiement qui reposent soit sur la fiscalité soit sur un système contributif direct (cotisations), le Gabon a engagé la construction d'un système mixte qui combine les recettes fiscales et les cotisations. Ainsi, les agents du secteur public et les salariés des secteurs privé et parapublic cotisent à hauteur de 6.6% de leur salaire imposable (2.5% par le salarié et 4.1% par l'employeur), et un ticket modérateur leur

est imposé à hauteur de 20% des dépenses de soins. Les cotisations des travailleurs indépendants sont quant à elles forfaitaires et fixées selon leurs capacités à payer. Enfin, les prestations à destination des GEF, qui eux ne cotisent pas, sont financées via un impôt indirect dénommé la **Redevance Obligatoire à l'Assurance Maladie (ROAM)**. Cet impôt consiste en un versement à l'Etat par les opérateurs de téléphonie mobile d'une valeur de 10% de leur chiffre d'affaire, ainsi qu'une taxe de 1.5% sur les transferts d'argent à l'étranger.

La ROAM constitue la spécificité principale du système gabonais. Cependant, si les dépenses continuent d'augmenter (ce qui risque d'arriver, notamment après l'annonce qui a été faite récemment par les pouvoirs publics d'augmenter progressivement le montant des prestations familiales), d'autres sources de financement devront être trouvées. Aussi, le financement du FNAS et des autres programmes de lutte contre la pauvreté reste trop peu fourni, et trop dépendant de l'aide internationale. Des propositions ont été faites, comme le recours à la Bourse des Valeurs Mobilières de l'Afrique Centrale, mais

d'autres solutions devront encore être trouvées dans les prochaines années.

Il faut souligner que le rassemblement de ces informations n'aurait pas été possible sans la contribution indispensable du Conseil Economique et Social du Gabon qui, à travers une étude citée à la fin de cette note, a permis de cerner le stade précis d'avancement de la protection sociale au Gabon. Ses conclusions sont les suivantes : malgré la fiabilité du modèle gabonais de protection sociale, plusieurs défis majeurs restent à relever. Premièrement, l'amélioration du système de gestion des finances publiques. A cet égard, la réforme dite Budgétisation par Objectifs des Programmes (BOP) a été initiée depuis 2011. Deuxièmement, le renforcement de la collaboration entre les acteurs non étatiques et les tutelles ministérielles. Troisièmement, l'intensification des campagnes d'immatriculation des gabonais économiquement faibles. Enfin, l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'électricité, notamment pour les populations vivant en zone rurale.

Sources

- Note AICESIS, « *Le rôle des CES-IS dans la lutte contre la pauvreté* ». Octobre 2013
- CNAMGS, Le numéro facile, « *La Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale du Gabon : Un chemin vers la couverture universelle* ».
- Colloque sur la couverture maladie en Afrique Francophone WBI-IMA, « *Assurance maladie au Gabon* »
- Mise en place des socles de protection sociale dans les pays francophones, « *contribution du Conseil Economique et Social du Gabon* ».

LA GUINÉE



La Guinée a connu dans la dernière décennie une aggravation de la pauvreté. Or, la réduction des risques sociaux auxquels fait face la population, par la mise en œuvre de l'assurance sociale, mais aussi de l'assistance notamment sous la forme de filets sociaux, est un des axes majeurs de toute politique de réduction de la pauvreté. Aussi le chantier de la protection sociale est-il présenté comme une priorité en Guinée : les pouvoirs publics l'ont systématiquement inséré dans les stratégies de lutte contre la pauvreté. Cependant, en l'absence d'une politique nationale de protection sociale détaillée, il manque aux réformes menées sur le sujet un cadre qui les ferait aboutir plus rapidement à des résultats engageants.

1 - INVENTAIRE DES DISPOSITIFS DE SÉCURITÉ SOCIALE EXISTANT EN GUINÉE

BRÈVE CHRONOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALE EN GUINÉE

| | |
|-----------------------------------|--|
| Arrêté du 11 novembre 1955 | Création d'un régime de prestations familiales, et d'une Caisse de Compensation des Prestations Familiales |
| 1959 | La CCPF se voit confier un régime couvrant les risques professionnels |
| 1960 | La CCPF se voit confier les prestations vieillesse, puis l'assurance maladie-invalidité |
| Loi du 12 décembre 1960 | La CCPF devient la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) |
| Loi du 14 février 1994 | Instauration d'un Code de sécurité sociale |

Aujourd'hui, la sécurité sociale guinéenne est principalement gérée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, placée sous tutelle du Ministère des Affaires Sociales de la Promotion Féminine et de l'Enfance.

Elle hérite du régime assurantiel institué pendant la période coloniale, à la suite de l'adoption du Code de travail des territoires d'Outre-mer. Géré par la Caisse de Compensation des Prestations Familiales (CCPF), ce régime s'était vu confié progressivement la gestion de quatre branches : les prestations familiales en 1955, les risques professionnels en 1959, les prestations vieillesse, ainsi que l'assurance maladie-invalidité en 1960. Ainsi, lorsque le 12 décembre 1960, une loi donne naissance à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, celle-ci continue de couvrir ces quatre risques. De plus, la CNSS s'est doté un peu plus tard d'un pôle d'action sanitaire et sociale.

Il s'agit d'un régime assurantiel obligatoire, ce qui signifie que seuls les travailleurs des secteurs privé et

parapublic soumis au Code du Travail peuvent y être affiliés (les fonctionnaires sont soumis à un régime spécial, comme on le verra ensuite). L'article 5 du Code de sécurité sociale assouplit cependant ces conditions, puisqu'il prévoit qu'une personne perdant son emploi peut demeurer volontairement affiliée aux régimes d'assurance pension et d'assurance maladie. Cependant les effets de ce dispositif restent extrêmement limités. Quoi qu'il en soit, le financement du régime repose sur les cotisations salariales, dont la charge est partagée entre l'employeur et l'employé. Le taux de cotisation actuel est de 23%, appliqué sur l'assiette de cotisation plafonnée à 200 000 GNF par mois (18% pour l'employeur et 5% pour l'employé).

L'originalité du régime guinéen est que la CNSS couvre directement les dépenses de santé de ses affiliés. Cependant, cet avantage est soumis à des conditions strictes : pour les maladies dites non-coûteuses (paludisme simple, grippe...), les dépenses ne sont prises en charge qu'à partir

du 9^{ème} jour de traitement, à hauteur de 70%. Avant cette échéance, selon les dispositions du Code du travail, les frais sont supportés à 50% par l'employeur et à 50% par l'employé. Par contre, les maladies dites coûteuses (tuberculose, choléra, fièvre typhoïde, etc.) sont prises en charge à 100%, et ce dès le premier jour de la constatation médicale.

Le cas des fonctionnaires est particulier : s'ils reçoivent leurs prestations par la CNSS, ils sont soumis à un régime non contributif, financé intégralement par les subventions de l'Etat. Cependant la pratique montre que cette protection n'est pas assurée, en raison des défauts de paiement du Trésor Public, et des difficultés à rassembler des informations sur les fonctionnaires eux-mêmes (un recensement biométrique a cependant été lancé en mars 2014, afin d'identifier les agents de l'Etat, et de repérer les agents fictifs).

Quant aux personnes du secteur informel, seules l'assistance sociale et les mutuelles leurs sont disponibles. Dans le domaine de l'assistance, on peut mentionner l'existence d'un fonds d'indigence destiné à couvrir les soins des personnes sans revenu, ainsi que quelques mesures de gratuité, mais ces programmes ne concernent que peu de

bénéficiaires. Les mutuelles sont plus prometteuses, en ce qu'elles concentrent les efforts de davantage d'acteurs (Etat, ONG, collectivités locales, etc.), mais elles restent peu développées : l'inventaire des organisations proposant des produits de micro-assurance, réalisé en 2004, a recensé 109 organisations mutualistes dont 55 systèmes d'assurance maladie fonctionnels, avec environ 35 000 bénéficiaires à jour de leur cotisation.

Aujourd'hui, on estime que seulement 3% de la population guinéenne bénéficie d'une couverture médico-sociale. De fait, plusieurs facteurs comme la voie de socialisation choisie par le pays depuis l'indépendance, qui a abouti à un secteur privé peu développé, ou encore l'importance du secteur agricole ont largement réduit la croissance du secteur formel, si bien qu'aujourd'hui, on estime qu'au moins 70% de la population en est exclue. Or, alors même qu'il n'est pas couvert par les dispositifs de sécurité sociale existants en Guinée, le secteur informel contribue à hauteur de 55% de la production nationale. Il existe donc un décalage important entre les institutions existantes en Guinée, et la réalité socio-économique qui caractérise le pays

2 - LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE GUINÉENNE FACE AU DÉFI DE LA PROTECTION SOCIALE

QUELQUES DONNÉES SUR LE PROFIL SANITAIRE EN GUINÉE (2012)

| | |
|--|------------|
| Population totale | 11 451 000 |
| Revenu national brut par habitant (\$ PPA) | 970 |
| Espérance de vie à la naissance h/f | 57/59 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 101 |
| Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (en %) | 1.7 |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$) | 67 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 6.3 |

En dépit d'une stabilisation de l'économie guinéenne, l'incidence de la pauvreté s'est accrue au niveau national, passant de 53% en 2007 à 55.2% en 2012. Pour inverser cette tendance, le gouvernement a élaboré une stratégie de réduction de la pauvreté pour les années 2013-2015, dont le quatrième axe principal est le

« renforcement de l'accès aux services sociaux de base et à la résilience des ménages ». A cet égard, la stratégie choisie par le gouvernement comporte deux volets : d'une part, l'élaboration d'un système complet de protection sociale, et d'autre part la construction de filets sociaux à destination des groupes les plus vulnérables.

A / LA CONSTRUCTION D'UN SYSTEME COMPLET DE PROTECTION SOCIALE

Dans ce domaine, le Gouvernement a affirmé sa volonté de mettre en place progressivement un « *socle de protection sociale universelle* » en vue de permettre à toutes les catégories de la population de disposer d'un minimum de services essentiels et de transferts sociaux.

En outre, selon le document établissant la stratégie de réduction de la pauvreté pour les années 2013-2015, il est dit que la méthode sous-jacente à l'élaboration d'un plan national de protection sociale doit accorder une importance particulière à la promotion de synergies entre les différents instruments de protection sociale. Ces différents instruments comprennent majoritairement la CNSS et les mutuelles de santé.

En ce qui concerne le tissu mutualiste, il existe des dynamiques engageantes au niveau local, qui peuvent servir de point d'appui pour la construction d'un socle effectif de protection sociale. Dès 1997, le gouvernement guinéen a en effet mis en

place, en collaboration avec l'UNICEF, des Mutuelles de santé pour la prise en charge des Risques liés à la Grossesse et à l'Accouchement (MURIGA). En échange d'une cotisation allant de 0.9 à 1.8 euros par an, les adhérentes sont prises intégralement en charge en cas de complications obstétricales (y compris la césarienne). Ont aussi été développées des mutuelles de santé sous-préfectorales, qui prennent en charge les soins primaires dans les centres et postes de santé. Les organisations non gouvernementales ont également participé à l'effort : l'association *Nantes Guinée* a par exemple soutenu le développement de mutuelles de producteurs. Des mutuelles de santé dans la région Guinée Forestière se sont aussi multipliées, grâce aux appuis de divers organismes, comme le Ministère français des Affaires étrangères, l'Union Européenne, et le CIDR. Elles ont connu, depuis leur création en 2000, une croissance soutenue : aujourd'hui, elles sont au nombre de 25, et soutiennent en moyenne 563 bénéficiaires chacune.

B / LA CONSTRUCTION DE FILETS SOCIAUX A DESTINATION DES GROUPES LES PLUS VULNÉRABLES

En termes d'assistance sociale, des programmes intéressants ont été mis en place dans les dernières années.

Le premier volet de ces programmes concerne les mesures de gratuité dans le secteur de la santé. Ainsi, les personnes atteintes de la tuberculose, de la lèpre et de l'onchocercose sont prises intégralement en charge. On peut aussi classer dans cette catégorie le fonds d'indigence mentionné plus haut. Créé dans le cadre du programme *Pays pauvres très endettés* (PPTE), il couvre les soins primaires, l'hospitalisation et la nourriture. Cependant, si dans la théorie il devait bénéficier à environ 1.2 millions de personnes, il ne couvre dans la réalité qu'environ 140 000 bénéficiaires, en raison notamment des difficultés d'identifier les cibles du programme. Cela est principalement dû à deux facteurs. D'une part, hors cas d'extrême urgence, les bénéficiaires doivent fournir un certificat d'indigence pour pouvoir bénéficier de la gratuité des soins, ce qui suppose qu'ils soient préalablement repérés et identifiés par l'administration. D'autre part, les subventions accordées aux hôpitaux, qui doivent permettre le financement de ce programme, ne sont pas ventilées en fonction

des besoins locaux, en raison d'un manque d'information. En absence d'un mécanisme de péréquation, certaines zones sont donc sous-budgétisées, tandis que d'autres utilisent les subventions pour d'autres postes de dépenses.

L'autre volet comporte des mesures permettant d'intervenir face à des besoins de protection immédiats : ici, on peut classer les programmes d'alimentation scolaires, menés notamment en collaboration avec le Programme Alimentaire Mondial (PAM).

Enfin, un projet prometteur est le programme « *Filets Sociaux Productifs* », qui est mené avec l'appui de la Banque Mondiale et du Fonds de Consolidation de la Paix, et qui doit se déployer dans les prochaines années. Est prévue la création d'opportunités d'emplois pour les populations pauvres à travers des travaux à haute intensité de main d'œuvre (HIMO) dans les zones urbaines pauvres de chacune des huit régions administratives de la Guinée, ainsi qu'un programme de transferts monétaires pour les ménages les plus vulnérables, en zone rurale.

Au regard des dispositifs de sécurité sociale existants en Guinée, ainsi que des politiques gouvernementales menées depuis quelques années, il est indéniable qu'il existe dans le pays toutes les dynamiques indispensables pour la mise en place d'un socle de protection sociale universelle. De fait, bien que le chantier n'en est qu'à ses premières étapes, les opportunités ne manquent pas, qu'il s'agisse du réseau mutualiste qui continue à s'étendre, ou encore des programmes de filets sociaux menés en collaboration avec les grands partenaires internationaux. Rappelons également que la Guinée est un des seuls pays d'Afrique francophone à avoir intégré dans les

branches couvertes par les caisses traditionnelles de sécurité sociale le risque maladie.

Cependant, il est indéniable que la rédaction d'un document élaborant une politique nationale de protection sociale pour les prochaines années doit être réalisée, afin d'orienter efficacement les efforts menés par le gouvernement sur le sujet. A cet égard, la création récente d'un Groupe National multisectoriel sur la Protection Sociale, chargé d'élaborer une feuille de route, et de fixer les objectifs prioritaires d'une politique de protection sociale en Guinée témoigne des avancées qu'on peut attendre dans le pays.

Sources

- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, De la nécessité de mise en place d'un système national d'assurance maladie en République de Guinée.
- Ministère d'Etat chargé de l'Economie et des Finances, Document de stratégie de réduction de la pauvreté DSRP III (2013-2015).
- Conseil National du Patronat Guinéen, Elaboration d'un plan d'action pour la mise en place de mesures et d'actions en faveur de la réduction de l'économie informelle en Guinée, avril 2012
- Studies in HSO&P, Les MURIGA en Guinée : une expérience de mutualisation des risques liés à la grossesse et à l'accouchement
- L'Union des Mutuelles de Guinée Forestière, Groupe de travail du CGAP sur la Microfinance.
- Ministère de la Santé Publique, Colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique Francophone, 2004.

LE MALI



La Constitution de la République du Mali dispose, dans son article 17, que « l'éducation, l'instruction, la formation, le travail, le logement, les loisirs, la santé et la protection sociale constituent des droits reconnus ». Ainsi, prenant acte de l'effritement des anciennes pratiques de solidarité sous l'impact de la modernisation, le gouvernement malien s'est engagé depuis quelques années dans le chantier de la protection sociale. En témoigne la création dès 2000 d'une Direction Nationale chargée de la protection sociale et de l'économie solidaire, et de l'élaboration en 2002 d'un Plan d'Action National d'Extension de la Protection Sociale (PAN-EPS), pour la période 2005-2009. Des progrès importants ont été fait dans le cadre de cette stratégie, mais beaucoup reste à faire : plus d'un quart des ménages maliens sont toujours dans une situation d'insécurité alimentaire chronique, et la pauvreté monétaire continue d'affecter 47.4% de la population. C'est pour cette raison qu'un nouveau PAN -EPS a été élaboré, pour la période 2010-2014.

1 – INVENTAIRE DES DISPOSITIFS DE PROTECTION SOCIALE AU MALI

| BRÈVE CHRONOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALE AU MALI | |
|--|---|
| Arrêté de l'AOF du 25 janvier 1956 | Création d'une Caisse des allocations familiales |
| 1959 | Création d'un régime des accidents du travail et des maladies professionnelles. La CAF devient la Caisse des allocations familiales et des Accidents de travail (CAFAT) |
| Loi du 18 mai 1961 | Création d'une Caisse des retraites pour les fonctionnaires |
| Loi du 9 août 1962 | Promulgation d'un Code de Prévoyance Sociale et création de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) |
| Loi du 26 juin 2009 | Institution d'un régime d'assurance maladie obligatoire |
| Loi du 27 juillet 2009 | Création d'un Régime d'Assistance Médicale (RAMED) |
| Loi du 1^{er} juillet 2010 | Création de la Caisse Malienne de Sécurité Sociale |

Le régime de sécurité sociale au Mali, qui hérite de plusieurs dispositifs datant de l'époque coloniale (notamment la Caisse des

allocations familiales, créée en 1956), se divise aujourd'hui en trois composantes, toutes destinées au secteur formel.

A / LE RÉGIME A DESTINATION DU SECTEUR PRIVÉ

Le régime à destination du secteur formel privé est géré par l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), créé en 1962.

Les travailleurs reçoivent, en échange de cotisations prélevées sur leurs salaires, des prestations familiales, des pensions de vieillesse, invalidité et décès, et des indemnités en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. La charge patronale est de 8% pour les prestations familiales, de 1 à 4% pour les AT-MP, et de 5.4% pour les pensions vieillesse, invalidité et

décès. Les employeurs reversent également 1% de leur masse salariale à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE). La part salariale ne concerne quant à elle que les pensions, et elle est fixée à 3.6%.

Bien qu'originellement, seuls les salariés pouvaient s'affilier à l'INPS, une loi du 28 décembre 1999 a permis aux travailleurs non-salariés (indépendants, artisans, commerçants, etc.) de souscrire à un régime d'assurance volontaire auprès de l'INPS, leur

permettant ainsi de bénéficier de l'ensemble des prestations. Les cotisations, entièrement à la charge de l'assuré, sont alors assises sur un revenu forfaitaire déterminé en fonction des classes de revenus.

En 2011, la couverture sociale fournie par l'INPS touchait 255 102 assurés, soit environ 5% de la population active, chiffre auquel il faut ajouter les ayant-droits.

B / LE RÉGIME À DESTINATION DU SECTEUR PUBLIC

Le régime à destination du secteur public (fonctionnaires, militaires et parlementaires) est géré par la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS), créée par une loi du 1^{er} juillet 2010. Celle-ci hérite du régime de retraite des

fonctionnaires, auparavant confié à la Caisse des Retraites du Mali qui date de 1961. En ce qui concerne les prestations familiales, les fonctionnaires bénéficient d'un régime particulier non contributif, financé par l'Etat.

C / LE RÉGIME DE L'ASSURANCE MALADIE

Les régimes gérés par l'INPS et la CMSS ne couvrant pas le risque maladie, une loi du 26 juin 2009 a créé un régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) également à destination du seul secteur formel. Géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), le régime est de nature assurantielle, et basé sur les cotisations des assurés. Celles-ci sont réparties comme suit : 4.48% à la charge de l'employeur, et 3.06% à la charge du salarié. Pour les travailleurs indépendants, le taux de cotisation est fixé à 6.56%. En échange de ces contributions, le régime de l'AMO donne droit à la prise en charge à hauteur de 70% pour les soins ambulatoires, et 80% pour les soins d'hospitalisation. Les produits pharmaceutiques sont remboursés selon la nature des soins (70% et 80%).

En 2010, l'AMO couvrait 317 852 cotisants, soit un peu plus de 6% de la population active. Selon le rapport du Programme des Nations Unies pour la Développement, cela équivaut à 1 954 753 bénéficiaires, soit près de 13% de la population totale.

Comme on l'a vu, les régimes décrits ci-dessus ne couvrent pas la totalité de la population. De fait, malgré la création d'un régime d'assurance volontaire, seulement 6% de la population en âge de travailler bénéficie d'une couverture contre les principaux risques sociaux.

2 - LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU SOCLE DE PROTECTION SOCIALE AU MALI

QUELQUES DONNÉES SUR LE PROFIL SANITAIRE DU MALI (2012)

| | |
|--|------------|
| Population totale | 14 854 000 |
| Revenu national brut par habitant (\$ PPA) | 1 140 |
| Espérance de vie à la naissance h/f | 57/57 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 128 |
| Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (en %) | 0.9 |
| Dépenses totales consacrées à la santé (\$) | 74 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 5.8 |

Le Mali affiche depuis le début des années 2000 une forte volonté politique en ce qui concerne la construction d'une protection sociale pour toutes les catégories de la population. Les années 1990-2010 ont en effet été marquées par le commencement de

plusieurs chantiers, dont les plus importants correspondent aux axes stratégiques mentionnés dans le cadre du PAN-EPS 2010-2014.

A / EXTENSION DES CHAMPS D'APPLICATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Dans ce domaine, la mesure la plus ambitieuse menée dans les dernières années est le déploiement de l'assurance maladie obligatoire, gérée par la CANAM, précédemment mentionnée. Or, si le régime n'est censé être accessible qu'aux travailleurs du secteur formel, les pouvoirs publics l'ont couplé, depuis une loi du 27 juillet 2009, avec le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), ce qui a permis une certaine extension de la couverture maladie. L'objectif de ce dispositif, dont la gestion est confiée à l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM), est d'assurer une couverture médicale aux personnes dépourvues de revenu : lorsqu'elles disposent d'un « certificat d'indigent », elles peuvent par ce biais être assujetties à l'AMO sans verser de cotisations. Le panier de soins offert par le RAMED comprend les soins ambulatoires, les

hospitalisations, les produits pharmaceutiques, et les prestations de maternité. Tous ces soins doivent être fournis dans un établissement public et sont pris en charge à 100%. Le RAMED est financé par les budgets de l'Etat (65%) et des collectivités locales (35%), et couvre environ 597 835 personnes. Ce programme a connu un certain succès, mais n'est pas parvenu aux résultats escomptés, d'abord parce que le recensement des indigents est toujours en cours, et ensuite parce que les collectivités locales refusent parfois de payer leurs cotisations. A noter également que selon les rapports des études de la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire, même si l'AMO et le RAMED atteignaient la totalité de leurs cibles, 80% de la population malienne resterait encore sans couverture médicale.

B / LE DÉVELOPPEMENT DE L'AIDE ET DE L'ACTION SOCIALE

Il s'agit surtout ici de la création de programmes de transferts sociaux (filets sociaux) non contributifs, à destination des personnes pauvres ou vulnérables. Ils peuvent être de plusieurs sortes. D'abord, il existe des transferts alimentaires opérés par le gouvernement, qui peuvent être des rations via le Stock national de Sécurité, des ventes subventionnées de céréales aux communautés, ou encore des cantines scolaires dans les écoles primaires. L'Etat a également mis en place un Stock d'Intervention de l'Etat (SIE), utilisé pour

stabiliser le prix du riz en milieu urbain. Ensuite, l'Etat offre des subventions *via* des exonérations fiscales : par exemple, depuis l'augmentation des prix alimentaires en 2007, les importations de riz sont exonérées de droits de douane pendant la période de soudure et le Ramadan. Egalement, l'Agence pour la Promotion de l'Emploi des Jeunes (APEJ) a lancé en 2003 un programme de travaux publics à haute intensité de main d'œuvre (HIMO). Cependant, celui-ci n'a pu bénéficier qu'à très peu de participants (437 emplois annuels).

C / LE DEVELOPPEMENT DE LA MUTUALITÉ ET AUTRES ORGANISATIONS BASÉES SUR LA SOLIDARITÉ

Un des chantiers importants commencés par le gouvernement est l'appui accordé aux mutuelles dans l'objectif de l'extension de la couverture sociale à toutes les catégories de la population. Des

mutuelles existent depuis longtemps au Mali, mais l'Etat n'a affiché sa volonté de les soutenir qu'à partir des années 1990, pendant lesquelles le plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS)

consacrait dans ses programmes une place importante aux mécanismes alternatifs de financement de la santé. En 1998, l'Etat crée **l'Union Technique de la Mutualité**, dans le cadre d'un projet d'appui au développement des mutuelles de santé régi par une convention signée par les gouvernements malien et français. Deux ans plus tard, en 2000, est créé le Centre d'Appui aux Associations, Mutuelles et Sociétés Coopératives (CAMASC), dont l'objectif est de renforcer les capacités des acteurs locaux par un appui technique et financier.

Dans le dernier PAN-EPS 2010-2014, l'objectif mentionné est le suivant : « *Les populations non couvertes par les régimes obligatoires de protection sociale bénéficient d'une couverture sociale de base par les mutuelles et organisations assimilées* ». **En 2011, les mutuelles de santé couvraient 581 112 bénéficiaires.**

Dans les principaux documents stratégiques élaborés par le gouvernement malien, les trois principaux étages de la protection sociale font l'objet de programmes et d'objectifs : l'extension des régimes obligatoires et contributifs, la création de mécanismes alternatifs de mutualisation des risques pour le secteur informel, et la création de filets sociaux pour ceux qui ne disposent d'aucun revenu. Cependant, en raison de contraintes multiples, que le Mali partage avec la plupart des pays voisins, l'avancement dans ces trois domaines est difficile. Le manque de diversité dans les sources de financement, la faiblesse des capacités contributives de la population, la difficulté d'identifier les populations cibles et la complexité dans l'organisation administrative du territoire sont en effet autant de facteurs qui ralentissent la progression du chantier pour un socle de protection sociale universelle. En outre, la crise politique que connaît le Mali depuis trois ans, qui a notamment fait disparaître les structures publiques dans la moitié Nord, a certainement remis en cause un partie des progrès accomplis.

Sources

- Ministère du développement social de la solidarité et des personnes âgées, Plan d'Action National d'Extension de la Protection Sociale 2010-2014 du Mali, mai 2010.
- Banque Mondiale, Rapport N°53222-ML, Mali : Filets sociaux, 31 janvier 2011.
- Ministère de l'Action humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées, Programme des Nations Unies pour le Développement – Rapport national sur le développement humain durable, édition 2012 : protection sociale et développement humain au Mali.

LA MAURITANIE



Il y a en Mauritanie une prise de conscience grandissante sur la nécessité de construire, dans le cadre général de la lutte contre la pauvreté, une véritable protection contre les risques de la vie, à destination des populations vulnérables. De fait, bien qu'il existe un système formel de sécurité sociale, et que des efforts aient déjà été déployés dans les dernières années, notamment dans l'application des cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté 2006-2010, et 2011-2015, le manque de cohérence entre ces différentes initiatives a empêché l'obtention de résultats satisfaisants. D'où l'élaboration, en juin 2013, d'une Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS).

1 – INVENTAIRE DES DISPOSITIFS DE SÉCURITÉ SOCIALE EN MAURITANIE

BRÈVE CHRONOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALE EN MAURITANIE

| | |
|--|---|
| Loi du 30 janvier 1961 | Création d'un régime de pensions civiles au profit des fonctionnaires |
| Loi du 3 février 1967 | Création d'un régime général de sécurité sociale, et de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS). |
| Ordonnance du 29 septembre 2005 | Création d'un régime d'assurance maladie, géré par une Caisse Nationale d'Assurance Maladie, et destiné aux fonctionnaires, parlementaires et militaires. |
| 12 juin 2013 | Adoption d'une Stratégie Nationale de Protection Sociale |

La Mauritanie figure parmi les pays qui ont souscrit à la Convention de l'OIT n°102 de 1952, relative à la Sécurité Sociale, si bien que très tôt, elle s'est dotée de mécanismes de protection. Aujourd'hui, elle dispose de trois régimes distincts, dont l'un est destiné au secteur formel privé, et deux au secteur formel public.

A / LE SECTEUR FORMEL PRIVÉ

Le régime destiné aux travailleurs du secteur privé, géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), a été établi par la loi du 3 février 1967. Avant cette date, quelques protections avaient déjà été prévues pour les travailleurs et leur famille : un arrêté de 1954 limitait la charge de travail imputable aux femmes enceintes ; un autre de 1955 disposait que chaque entreprise devait disposer d'un service médical et sanitaire à destination des employés. Surtout, des mécanismes de couverture s'étaient mis en place en application des décrets pris depuis la France pour les pays d'Outre-Mer (comme celui du 24 février 1957, relatif à la réparation et à la prévention des risques professionnels). Cependant, ce n'est qu'en 1967 que le régime devient *général et obligatoire* : tous les travailleurs soumis au Code du Travail et au Code de la Marine marchande, ainsi que les agents de l'Etat ne disposant pas de régime particulier de sécurité sociale (auxiliaires et contractuels) doivent alors s'y affilier, et verser des cotisations à la CNSS (13% est à la charge de l'employeur et 1% seulement à la charge du travailleur). En échange, ils bénéficient d'une protection contre trois risques : la famille, les accidents et maladies professionnels, la vieillesse, l'invalidité et le décès.

Aujourd'hui, la CNSS continue d'offrir une protection sur ces trois branches seulement, excluant ainsi le risque maladie, et le risque chômage. Cependant, *en théorie*, les travailleurs du secteur privé bénéficient, selon le Code du Travail, de services de soins au sein de l'entreprise, payés par l'employeur. **L'Office national de la médecine du travail (ONMT)** a d'ailleurs été créé en 2004 pour gérer les services médicaux d'entreprises, et faire fonctionner les services

interentreprises. Cet organisme est financé par une cotisation de 2% prélevée sur la masse salariale, à la charge de l'employeur, ainsi que par des subventions de l'Etat. A savoir également que la CNSS s'est dotée d'un **Fonds d'action sanitaire et sociale (FASS)**, alimenté par les majorations de retard et par les prélèvements effectués sur les autres recettes de la CNSS. Il est destiné aux actions de prévention et à la création de centres d'action sanitaire et sociale.

B / LE SECTEUR FORMEL PUBLIC

Le second régime de sécurité sociale existant en Mauritanie est celui des fonctionnaires, qui bénéficient d'un statut particulier depuis une loi du 30 Janvier 1961. Il délivre des prestations familiales, des pensions d'invalidité professionnelle et non professionnelle, et une prise en charge partielle des frais médicaux dans le cadre des soins dispensés par les formations sanitaires publiques. Les fonctionnaires bénéficient également d'un régime de pensions de vieillesse, financé par une cotisation de 18% de la masse salariale, dont 6% est à la charge du fonctionnaire et 12% à la charge de l'Etat.

Le troisième régime de sécurité sociale, créé par une ordonnance du 29 septembre 2005, est l'Assurance Maladie Obligatoire, dont la gestion est confiée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Ce régime, de nature contributive, a pour vocation de garantir l'accès de toute la population aux soins, à travers des mécanismes de solidarité. Cependant, il n'est aujourd'hui accessible qu'aux fonctionnaires, parlementaires et militaires. De fait, le gouvernement a voulu dans un premier temps limiter le régime aux catégories socio-professionnelles considérées comme les mieux structurées du point de vue de la régularité des revenus, car la gestion de l'assurance maladie suppose « *une cotisation permanente et garantie à travers une adhésion obligatoire et un prélèvement à la source des salaires* ».

C / LE SECTEUR INFORMEL

Le secteur informel, constitué de tous les travailleurs n'étant pas soumis au Code du Travail (agriculteurs, travailleurs indépendants, etc.) correspond à 95% de la population. Comme dans la plupart des pays d'Afrique, quasiment aucune couverture sociale ne leur est accessible. Deux seulement peuvent être évoquées.

La première est la **solidarité traditionnelle**, basée sur des liens de parenté ou sur des valeurs religieuses. Bien que la modernisation tende à faire exploser ces mécanismes et à encourager l'individualisme, certaines formes de solidarité continuent de protéger les individus les plus vulnérables. Ainsi par exemple, dans la société *maure*, les membres d'un groupe, d'une tribu ou d'un clan, à l'occasion de certaines circonstances catastrophiques, apportent chacun une cotisation monétaire pour que les individus concernés puissent faire face aux coûts occasionnés. Chez les *Halpoulaar*, chaque membre apporte régulièrement une cotisation monétaire, et le montant composé de toutes les cotisations est reversé à l'un des membres, à tour de rôle (système de la *tontine*). Parmi les groupes les plus vulnérables, il a été montré que les 2/3 de la population trouvent satisfaction en ayant recours à l'entraide, tandis que seulement 4.6% ont recours à l'Etat.

La seconde est celle proposée par les **mécanismes de micro-assurance**, mis en place par les intervenants non étatiques. Il s'agit principalement de mutuelles, dont le développement a été permis par des initiatives menées conjointement par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales et les agences du système des Nations Unies, à partir de 2001. Cependant, malgré les progrès qui ont été faits, le nombre de bénéficiaires reste peu élevé, et les prestations assez faibles.

Ainsi, bien que la réglementation sociale en Mauritanie soit censée garantir une couverture face à la quasi-totalité des risques sociaux de base (sauf le chômage), la situation actuelle est toujours marquée par l'étendue de la pauvreté, et par l'existence de disparités très fortes, notamment entre le milieu rural et le milieu urbain. Cela s'explique par le fait que les mécanismes de protection sociale existants sont à destination du seul secteur formel, négligeant

ainsi l'écrasante majorité de la population (95%) qui vit de l'agriculture et du secteur informel. Or, c'est bien cette partie de la population qui est la plus vulnérable, et qui doit être la cible des politiques sociales à venir.

2 - LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE POUR LA CONSTRUCTION D'UN SOCLE DE PROTECTION SOCIALE EN MAURITANIE

| QUELQUES DONNÉES SUR LE PROFIL SANITAIRE DE LA MAURITANIE (2012) | |
|--|-----------|
| Population totale | 3 796 000 |
| Revenu national brut par habitant (\$ PPA) | 2 480 |
| Espérance de vie à la naissance h/f | 61/65 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 84 |
| Prévalence du VIH chez les 15-49 ans | 0.6 |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant | 122 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 6.4 |

Selon des données datant de 2008, 42 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté en Mauritanie, et un peu plus d'un quart (25.9%) dessous du seuil de l'extrême pauvreté (40.8% dans les milieux ruraux). Aussi la mise en œuvre d'une protection sociale effective est-elle une priorité pour les pouvoirs publics, surtout depuis l'adoption d'une Stratégie nationale de protection sociale en 2013.

A / LES POLITIQUES GOUVERNEMENTALES ENTREPRISES AVANT 2013

La protection sociale a fait l'objet d'une prise de conscience progressive depuis le début des années 2000. Ainsi, si le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) des années 2001-2004 ne considérait pas la protection sociale comme un domaine spécifique, ceux des années 2006-2010, puis 2011-2015 l'ont érigé comme une priorité. De même, la Politique Nationale de Santé et d'Action Sociale (PNSAS) pour les années 2006-2015 prévoyait l'élaboration d'une SNPS, la mise en place d'une base de données sur les groupes cibles, et le développement des ressources humaines au niveau des services en charge de l'action sociale. Quelques actions ont donc été menées pendant la dernière décennie.

La mortalité maternelle en Mauritanie étant une des plus élevées en Afrique, notamment en raison des frais engendrés par la prise en charge de la grossesse, qui sont entièrement à la charge des parturientes, **un système de prépaiement, nommé « forfait obstétrical » a été initié en 2002 à Nouakchott**, puis étendu dans d'autres territoires. Il permet aux femmes de faire suivre l'intégralité de leur grossesse pour la somme de 22\$, soit pour deux à dix fois moins cher que dans les autres maternités. En 2008, ce programme couvrait environ 25% des accouchements dans le pays.

Il faut également mentionner **la politique de prise en charge des indigents**, qui a connu un nouvel élan avec un décret du 4 février 2003, qui dispose que la prise en charge des indigents en ambulatoire doit être l'un des postes de dépenses pour les recettes générées par le recouvrement des coûts. Cependant, il faut noter les difficultés éprouvées dans l'application de ces dispositions : la détermination de l'indigence s'avère très difficile en l'absence de critères objectifs reconnus au niveau national. De plus, une étude conduite à Nouadhibou sur le sujet remarque que « *la générosité des textes ne s'est pas accompagnée de moyens pour la faire appliquer : les services sociaux sont démunis face à la pression d'une demande de soins en progression. Les certificats d'indigence, souvent établis avec complaisance, ne donnent, en pratique, accès qu'à la gratuité du lit d'hôpital.* ».

Dans l'ensemble, l'étude diagnostique entreprise dans le cadre de la SNPS montre que ces efforts restent « éparpillés », du fait de l'absence d'un cadre cohérent. En outre, plusieurs contraintes ont été identifiées : la persistance d'un système informel qui ne bénéficie d'aucune couverture, des ressources financières inadéquates pour permettre la création d'un système de santé accessible à tous, une situation d'insécurité alimentaire structurelle et chronique, surtout dans les zones rurales.

B / LA STRATÉGIE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE

Les bilans des différents CSLP ayant montré la nécessité urgente d'élaborer un cadre stratégique propre à la protection sociale, une équipe pluridisciplinaire chargée de préparer un document a été formée dès 2011. Ses travaux, qui comportaient notamment des consultations participatives avec des populations cibles sur le terrain, ont abouti à l'adoption de la Stratégie Nationale de Protection Sociale le 12 juin 2013.

Celle-ci s'articule autour de cinq axes stratégiques, qui correspondent aux priorités nationales telles qu'elles sont identifiées dans le CSLP, et qui servent tous un objectif global : « *contribuer à l'atténuation de la vulnérabilité des groupes défavorisés et aider les populations à faire face aux risques les plus significatifs de la vie* ».

| STRATÉGIE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE (2013) | |
|---|---|
| OBJECTIF GLOBAL | AXES STRATÉGIQUES |
| <p>Contribuer à l'atténuation de la vulnérabilité des groupes les plus défavorisés, et aider les populations à faire face aux risques les plus significatifs de la vie</p> | 1. Contribuer à la lutte contre l'insécurité alimentaire, la malnutrition et les changements climatiques. |
| | 2. Réduire les barrières liées à l'accès aux services de santé et de l'éducation |
| | 3. Renforcer la sécurité sociale et promouvoir le travail et l'emploi |
| | 4. Améliorer le cadre de vie des ménages pauvres à travers un meilleur accès aux infrastructures sociales de base |
| | 5. Intensifier les actions de l'assistance sociale et de promotion des groupes vulnérables. |

Dans le cadre de ces cinq axes, deux projets se dégagent de l'ensemble des mesures proposées, par leur ambition, et leur caractère prioritaire. D'abord, un programme pilote de transferts en espèces, à destination des ménages pauvres, dans l'objectif d'améliorer la sécurité alimentaire, qui reste le premier problème des pays sahéliens. Ce projet est soutenu par l'Union Européenne (*Food Facility*) qui accorde dans ce cadre un financement de 2 millions d'euros. Ensuite, le déploiement d'une assurance maladie universelle, par le développement des mécanismes de partage du risque maladie pour les plus vulnérables (mutuelles de santé, caisses communautaires, fonds de solidarité, etc.), et l'extension de la CNAM pour les autres. Enfin, en termes de financement, un Fonds de Solidarité Sociale (FSS) doit être créé afin de centraliser dans une seule structure les financements complémentaires à ceux venant du budget de l'Etat.

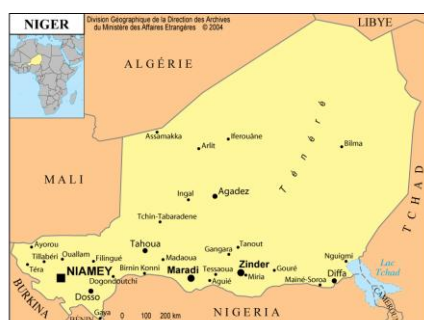
La Mauritanie affiche donc, à travers l'élaboration d'une stratégie cohérente, une volonté politique nouvelle quant à la construction d'un socle de protection sociale. Cependant, le chantier n'en est qu'à ses premiers stades, et beaucoup reste à faire : aujourd'hui, la grande majorité de la population reste encore vulnérable face aux risques que représentent l'insécurité alimentaire, la maladie, les aléas climatiques, etc. De plus, les outils de ciblage des populations vulnérables restent à perfectionner, et

un véritable plan de communication manque à la stratégie, pour que toute la population connaisse, dans les années à venir, les opportunités qui pourront s'offrir à elle en termes de couverture sociale. Enfin, il faut reconnaître que les solutions qui ont été trouvées pour financer la mise en œuvre de la SPSN restent peu nombreuses. En effet, bien que soit prévue une institutionnalisation des fonds de Zakat à destination du FSS, le système décrit par la SNPS sera surtout dépendant des bailleurs de fonds internationaux, ainsi que des subventions de l'Etat, deux sources qu'on peut considérer comme instables.

Sources

- UNICEF, Etude sur la Protection Sociale en Mauritanie, Analyse de la situation et recommandations opérationnelles, mars 2010
- Ministère des Affaires Economiques et du Développement, Stratégie nationale de Protection Sociale en Mauritanie (réalisée avec l'appui de l'UNICEF).
- Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté 2011-2015
- Ould Mohamed, Isselmou, Etude sur l'indigence a Noudahibou- Rapport de Synthèse, version finale.
- Dr Bilal O/ Hamzetta, Solidarité sociale et lutte contre la pauvreté e, Mauritanie (groupe de recherche sur la pauvreté et le développement en Mauritanie – GREPADEM)

LE NIGER



La Constitution nigérienne du 25 Novembre 2010 dispose que « *l'Etat a le devoir de porter assistance aux groupes les plus vulnérables à travers une politique de protection sociale* ». Ainsi, dans les nombreux documents ayant trait à la lutte contre la pauvreté, comme le Plan de Développement Economique et Social (PDES) pour les années 2012-2015, on retrouve des mesures visant à assurer à la population une couverture efficace contre les risques sociaux. Pourtant, ces programmes ne suffisent pas à réduire significativement le niveau élevé de pauvreté qui touche la population : le Niger est classé parmi les pays les moins développés au monde, avec un Indice de

Développement Humain d'environ 0,4, et une proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté estimée à 59,5%. L'élaboration d'une politique nationale de protection sociale en 2011 a cependant donné un nouvel élan à la construction d'un socle de protection sociale au Niger.

1 – LES DISPOSITIFS DE SÉCURITÉ SOCIALE AU NIGER

BREVE CHRONOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALE AU NIGER

| | |
|----------------------------------|--|
| Arrêté du 8 décembre 1955 | Création d'un régime de prestations familiales et d'une Caisse de Compensation des Prestations familiales (CCPF) |
| Décret du 27 mars 1961 | Création d'un régime de retraite pour les fonctionnaires, et création du Fonds National des Retraites (FNR) |
| Loi du 8 février 1965 | Création d'un régime général de protection sociale, et de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) |
| Septembre 2011 | Adoption d'une politique nationale de protection sociale (PNPS) |

Il existe au Niger un régime de sécurité sociale destiné au secteur formel uniquement, et composé de deux organes, dont l'un est

destiné au secteur privé, et l'autre au secteur public.

A/ LE SECTEUR FORMEL PRIVÉ

La Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS) est la structure qui gère le régime destiné aux travailleurs des secteurs privé et parapublic. Créée par une loi du 8 février 1965, elle hérite du régime de prestations familiales institué dès 1955 au Niger, et géré auparavant par la Caisse de Compensation des Prestations Familiales (CCPF). Aujourd'hui, elle offre, en échange de cotisations, des prestations dans les trois branches minimum de la convention 102 de l'OIT : les prestations familiales, les accidents du travail et maladies professionnelles, et les retraites.

La CNSS est principalement financée par les cotisations prélevées sur les salaires des travailleurs. Les employeurs doivent

reverser 15,40% de leur masse salariale, et les employés 1,60% de leur salaire mensuel brut (pour les pensions).

La principale faiblesse de la CNSS est qu'elle ne propose aucune couverture maladie à ses affiliés. Elle a sous sa tutelle un Fonds d'action sanitaire et sociale, mais celui-ci occupe surtout des fonctions de prévention pour les risques professionnels. Aussi, les travailleurs bénéficient-ils d'une couverture santé par des contrats de groupes passés par certaines entreprises auprès d'assureurs commerciaux. Certains font également appel à des mutuelles d'entreprise, mais celles-ci restent peu nombreuses. De plus, la CNSS se caractérise par un très faible taux de couverture : **en 2006, elle comptait**

seulement 39 511 cotisants, soit moins d'1% de la population active (ce taux de

couverture a baissé depuis le début des années 2000).

B / LE SECTEUR FORMEL PUBLIC

La Caisse autonome des retraités du Niger (CARENI), qui a remplacé le Fonds national des retraités (FNR) en 2012, couvre le régime des pensions de retraite ainsi que des allocations familiales pour les travailleurs du secteur public. Le régime est financé par des cotisations de 20% sur le salaire brut (14% à la charge de l'Etat et 6% à la charge du fonctionnaire).

Les agents permanents de l'Etat sont également censés bénéficier d'une couverture à 80% des dépenses d'hospitalisation et d'examens, grâce à un système de prise en charge non contributif, directement financé par le budget de l'Etat. Cependant, cette prise en charge n'est que théorique : dans la plupart des cas, les soins, les examens et les médicaments restent intégralement à la charge des malades, car l'Etat a accumulé trop de retards dans les remboursements. Par conséquent, les fonctionnaires s'affilient souvent à des mutuelles de santé. **Au milieu des années 2000, les fonctionnaires et ayants droits soumis au régime de protection sociale pour le secteur public étaient au nombre de 385 000, soit 2,2 % de la population totale.**

Les faiblesses du régime de sécurité sociale à destination du secteur formel au Niger sont multiples. D'abord, son fonctionnement est défaillant : les cotisations sont payées avec des retards considérables, et

les montants des pensions sont très faibles. Plusieurs raisons expliquent ces défauts. D'abord, les régimes gérés par la CNSS et la CARENI sont caractérisés par des lacunes législatives et réglementaires : ainsi par exemple, il n'existe aucun dispositif prévu par la loi qui permet d'indexer le montant des pensions au niveau de l'inflation, si bien que qu'elles n'ont jamais été revalorisées depuis 1981, et n'apportent donc pas beaucoup de pouvoir d'achat aux pensionnés. De plus, les pénalités imposées aux entreprises qui n'immatriculent pas leurs employés étant d'un montant dérisoire, la force coercitive du régime de sécurité sociale est quasi-inexistante. Enfin, les régimes de pensions de vieillesse étant en déséquilibre financier du fait de la stagnation du nombre des cotisants, les deux caisses sont en déficit.

Surtout, le régime formel de sécurité sociale exclut la quasi-totalité de la population de son champ d'application, puisque le secteur formel abrite encore plus de 95% des Nigériens. Alors même que ce secteur contribue à 70% du PIB, aucun mécanisme d'assurance sociale ne lui est destiné. Les mutuelles constituent alors le seul recours de ces populations, mais il n'en existe que 15 dans le pays, et la plupart sont destinées aux travailleurs des secteurs privé et public qui ne sont pas satisfaits du régime formel.

QUELQUES DONNÉES SUR LE PROFIL SANITAIRE DU NIGER (2012)

| | |
|---|------------|
| Population totale | 17 157 000 |
| Revenu national brut par habitant (\$ PPA) | 760 |
| Espérance de vie à la naissance h/f | 59/59 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 114 |
| Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (en %) | 0.5 |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$) | 44 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 7.2 |

Cela fait quelques années que le Niger a pris conscience de l'importance du chantier de la protection sociale dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Ainsi, dans le document présentant une stratégie de réduction de la pauvreté pour les années 2008-2012, le quatrième axe principal était « *la réduction*

des inégalités et le renforcement de la protection sociale des groupes vulnérables ». En 2011, les pouvoirs publics élaboraient une politique nationale de protection sociale, et en 2012, un programme de protection sociale en faveur des groupes vulnérables.

A / LES MESURES MISES EN OEUVRE AVANT 2011

Les mesures qui ont été mises en œuvre avant l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale au Niger ont trait à deux domaines principaux : l'insécurité alimentaire, et la santé.

Dans le domaine de l'insécurité alimentaire, le gouvernement a mis en place en 1998, à l'instar des autres pays du Sahel, un Dispositif National de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires (DNP-GCA), réunissant auprès du Premier ministre les principaux services concernés, ainsi que les grands donateurs (UE, France, PAM, etc.). Chaque année, le DNP-GCA élabore un plan de soutien aux populations vulnérables. Les moyens d'actions en cas de crise sont de deux types. Soit l'Etat organise des opérations de vente de céréales à prix modéré, grâce à des subventions, soit, en cas d'urgence, des distributions gratuites de rations alimentaires peuvent être déclenchées, notamment avec la collaboration des ONG. Cependant, ce modèle est uniquement destiné aux périodes de crise, et n'apporte pas de réponse durable à l'insécurité alimentaire chronique des catégories vulnérables de la population. D'autant plus que la crise alimentaire de 2004-2005 a révélé les défaillances du dispositif, tant dans le volet prévention que dans le volet gestion.

Dans le domaine de la santé, la politique mise en œuvre par le gouvernement peut se décliner en deux phases. Dans un premier temps, dans le contexte de l'initiative de Bamako, les patients ont été appelés à

s'acquitter, lors de chaque consultation, d'un forfait « *épisode maladie* », couvrant le coût de la consultation et des médicaments. De fait, les financements étatiques étant quasiment inexistant, le recouvrement des coûts était la seule option pour que les formations sanitaires puissent continuer à se fournir en médicaments et consommables. Cependant, cette stratégie a vite abouti à une situation où la majorité de la population n'avait pas accès aux services de santé primaires. De fait, avec des revenus ne dépassant pas 1 dollar par jour, il était devenu impossible pour la plupart des ménages d'accéder aux premiers soins, ceux liés à l'accouchement par exemple, allant de 500 FCFA à 2000 FCFA. Cette politique continue d'exister aujourd'hui, puisqu'en 2011, 42,3% du financement du système de santé provenait encore des dépenses privées. Cependant, depuis 2005, le gouvernement a décidé, constatant l'échec de la politique du paiement direct, d'introduire des mécanismes d'exemptions de paiement au profit de certaines catégories vulnérables de la population. La gratuité a donc d'abord été appliquée à la césarienne, puis aux produits contraceptifs et aux consultations prénatales, et enfin à la prise en charge des enfants de moins de cinq ans. Cependant, il semble que la pérennité de ces exemptions de paiement est encore loin d'être assurée : le problème majeur est que l'Etat accumule d'importants retards dans le remboursement des soins, si bien que les structures sanitaires peinent à appliquer la gratuité.

Ainsi, que ce soit pour la sécurité alimentaire, ou l'accès aux soins, le gouvernement du Niger a longtemps basé son intervention sur des mécanismes peu durables. Les dispositifs de prévention et de gestion des crises alimentaires ne

permettaient pas de rendre les populations réellement résilientes, et la politique de gratuité dans le domaine de la santé semblait en danger, du fait de son instabilité financière.

B / LA POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE

Face aux défaillances de la politique sociale menée par le gouvernement du Niger, une politique nationale de protection sociale a été

élaborée en 2011. Celle-ci est organisée en cinq axes.

| LES CINQ AXES MAJEURS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE AU NIGER | |
|--|---|
| Axe 1 - Sécurité alimentaire et nutritionnelle | L'axe 1 s'inscrit dans le cadre du programme « <i>les Nigériens nourrissent les Nigériens</i> » (initiative 3N), qui vise à augmenter les capacités de résilience des populations en misant à la fois sur la modernisation de l'agriculture, et le développement de filets sociaux pour les personnes particulièrement vulnérables. Aujourd'hui, le programme semble produire des résultats : la production céréalière a déjà augmenté de 23%. |
| Axe 2 – Sécurité sociale, travail et emploi | L'axe 2 vise en priorité l'extension du système actuel de sécurité sociale aux populations du secteur informel. Les mécanismes appropriés pour cela sont la micro-assurance, les programmes à haute intensité de main d'œuvre (HIMO), et la redynamisation de la solidarité nationale, notamment par la mobilisation des Fonds de la zakat. |
| Axe 3 – Services sociaux et infrastructures sociales de base | L'axe 3 vise à garantir à toutes les catégories de population un accès aux services sociaux de base que sont la santé, l'éducation, les services financiers, etc. Pour la santé, la politique de gratuité des soins est maintenue, et un soutien particulier aux mutuelles de santé est accordé. Pour l'éducation, les mécanismes décrits sont les cantines scolaires, les bourses, les transferts sociaux de compensation pour les familles qui envoient leurs enfants à l'école, etc. Quant à l'accès aux services financiers, le mécanisme du micro-crédit est mis en avant. |
| Axe 4 – Actions spécifiques en faveur des groupes vulnérables | L'axe 4 vise à fournir des services spéciaux et des prestations adéquates aux personnes les plus vulnérables afin d'assurer leur droit à la protection sociale. Les mécanismes choisis ici sont les filets sociaux, les protections juridiques. |
| Axe 5 – Renforcement du cadre législatif et réglementaire | L'axe 5 vise à renforcer le cadre juridique relatif à la protection sociale. Cela consiste à la fois à élaborer une « charte » de la protection sociale, et à renforcer les mécanismes fiscaux ayant un impact sur les populations les plus vulnérables. |

La mise en œuvre d'un socle de protection sociale est une urgence au Niger, car le niveau de pauvreté y est extrêmement élevé. C'est cette réalité qui inspire le discours politique des dirigeants depuis plusieurs années. Pourtant, les efforts fournis par les pouvoirs publics ne semblent pas suffisants. En novembre 2013, un forum national s'est tenu pour faire le point sur la réalisation de la PNPS, et a montré que peu de résultats avaient été obtenus. D'abord, le manque de coordination entre les différents ministères impliqués, notamment entre celui de la santé et celui de l'emploi et du travail, crée un

manque de cohérence, tant au point de vue du leadership que du partage des fonds apportés par les bailleurs internationaux. Ensuite, la déconcentration des compétences, qui devait permettre aux communes de jouer un rôle important dans la mise en œuvre de la PNPS n'a pas été réellement engagée. Enfin, l'engagement de l'Etat, surtout au niveau du budget accordé à la réalisation des programmes (0.1% du PIB), n'est pas encore à la hauteur des enjeux, ce qui rend la réalisation de la PNPS dépendante des donateurs internationaux.

Sources

- Ministère de la population, de la promotion de la femme, et de la protection de l'enfant, Politique Nationale de Protection Sociale, septembre 2011.
- Ministère de la Santé publique, Plan de développement sanitaire (2011-2015)
- Banque mondiale, Vers un système intégré et soutenable de régimes de retraite, 30 juin 2009
- Forum national sur la protection sociale au Niger, 31 mai 2013
- Médecins du monde, Gratuité des soins au Niger, une option payante à consolider, juillet 2011
- Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2012-2015

LE SÉNÉGAL



Il existe au Sénégal un régime de sécurité sociale, fonctionnant sur le modèle bismarckien, et qui couvre l'ensemble des risques sociaux, à l'exception de l'invalidité non professionnelle, et du chômage. Hérité de l'époque coloniale, ce régime est cependant basé sur le salariat : en témoigne le fait que ne peuvent pas y accéder les travailleurs du secteur informel, qui constituent pourtant près de 80% de la population. Or, il faut rappeler que le secteur formel est surtout composé des classes les plus aisées : les plus pauvres, qui se situent surtout dans les zones rurales, et qui n'ont accès à aucune couverture sociale, éprouvent donc de grandes difficultés à accéder aux services sociaux de base. Aussi depuis 2005 les pouvoirs publics sénégalais engagent-ils toute une série de réformes afin d'élaborer un véritable socle de protection sociale, accessible à tous.

1 – INVENTAIRE DES DISPOSITIFS DE PROTECTION SOCIALE EXISTANTS AU SÉNÉGAL

BRÈVE CHRONOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALE AU SÉNÉGAL

| | |
|---|---|
| Arrêtés du 5 décembre et du 29 décembre 1955 | Création d'un régime de prestations familiales, et mise en place de la Caisse de Compensation des Prestations Familiales (CCPF) |
| 1^{er} Janvier 1959 | Le régime unique de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles est confié à la CCPF, qui devient la Caisse de Compensation des Prestations Familiales et des Accidents du Travail du Sénégal (CCPFAT) |
| 27 mars 1958 | Création de l'Institution de Prévoyance et de Retraite de l'Afrique Occidentale à laquelle le Sénégal participe comme membre de l'AOF |
| 1966 | La CCPFAT devient la Caisse de Sécurité Sociale (CSS) |
| Décret du 7 mars 1972 | Création d'une couverture maladie pour les agents de l'Etat |
| Loi du 31 juillet 1973 | Institution d'un Code de sécurité sociale |
| Loi de 1975 | Création des Instituts de prévoyance maladie (IPM) au sein de l'entreprise |
| 1978 | L'IPRAO devient l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal |

Le régime de sécurité sociale sénégalais se compose aujourd'hui de deux institutions principales, qui trouvent leurs origines dans des organes datant de l'époque coloniale. La première est la **Caisse de Sécurité Sociale (CSS)**. Elle remplace l'ancienne *Caisse de compensation des prestations familiales*, créée en 1955 pour verser des prestations familiales aux travailleurs sénégalais, en application de l'article 237 du Code du Travail des Territoires d'Outre-Mer. Aujourd'hui, la CSS gère d'une part les allocations familiales, et d'autre part la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle possède en outre 14 agences sur le territoire.

La seconde est l'**Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES)**, qui succède à l'Institut de Prévoyance et de Retraite de l'Afrique Occidentale (IPRAO), créé en 1958 pour verser des prestations vieillesse aux travailleurs des pays membres de l'Afrique Occidentale Française (AOF). Désormais, l'IPRES est indépendant, et il gère le régime obligatoire d'assurance vieillesse pour les travailleurs sénégalais. A savoir qu'il couvre également une partie des dépenses de soins de ses pensionnaires, en échange d'une cotisation maladie régulièrement prélevée sur les pensions. **La CSS et l'IPRES ont un taux de couverture inférieur à 20% de la population.** Cela s'explique par le fait qu'elles

ne sont ouvertes qu'aux travailleurs (dont le statut est défini par le Code du travail), c'est-à-dire aux salariés des secteurs formels privé, public et parapublic.

Dans le domaine de la santé, il existe deux mécanismes principaux de couverture, eux aussi exclusivement destinés aux travailleurs du secteur formel. Pour le secteur privé, une loi de 1975 a créé les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), qui constituent l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Ces caisses, instituées au sein des entreprises, versent, en échange de cotisations de la part des employés permanents, des prestations permettant de prendre partiellement en charge leurs dépenses de santé. Si l'entreprise a l'obligation d'affilier tous ses employés à une IPM, les taux de prise en charge peuvent varier selon ses résultats (dans la limite des plafonds réglementaires), si bien que la prise en charge des dépenses de soins peut aller de 30 à 80% selon les cas. Aujourd'hui, les IPM couvrent de manière effective 120 000 travailleurs, représentant 700 000 bénéficiaires (soit 6% de la population). Pour le secteur public, le décret du 7 mars 1972 dispose que les dépenses de santé des agents de l'Etat sont prises en charge à

hauteur de 80% par le Trésor Public (les médicaments sont par contre à la charge du malade). Environ 300 000 bénéficiaires (66 000 agents et leurs ayants droits) sont couverts à travers ce système.

Pour les personnes ne faisant pas partie du secteur formel (soit 80% de la population), seules les mutuelles d'assurance communautaires sont disponibles. Celles-ci se sont développées depuis les années 1990, notamment en proposant des produits de micro-assurance, mais leur taux de couverture reste insatisfaisant : selon la base de données fournie par la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES 2013-2017), il était de 13.6% en 2012. De plus, les paquets de prestations restent extrêmement limités en raison des montants très bas des cotisations et de la petite taille des mutuelles.

Il existe donc une importante architecture institutionnelle dans le domaine de la protection sociale au Sénégal, mais elle correspond au modèle bismarckien propre à l'Afrique francophone, basé sur le salariat. Aussi le régime sénégalais de sécurité sociale couvre-t-il seulement 20% de la population.

2 - LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE MISE EN ŒUVRE POUR LA CONSTRUCTION D'UN SOCLE DE PROTECTION SOCIALE AU SÉNÉGAL

Les chocs économiques qu'a connus le pays à partir du début des années 2000 ont mis en évidence les insuffisances du régime de sécurité sociale, tant dans la dimension horizontale (seulement 20% de la population en bénéficie) que dans la dimension verticale (la qualité et le niveau des prestations sont encore trop faibles). Une Stratégie Nationale de Protection Sociale

(SNPS) a donc été adoptée dès 2005, et un Comité interministériel a été chargé de son pilotage. Par ailleurs, l'inscription de la protection sociale comme un des axes stratégiques majeurs de la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES 2013-2017) témoigne d'une réelle volonté politique de faire du sujet une priorité.

| QUELQUES DONNÉES SUR LE PROFIL SANITAIRE DU SÉNÉGAL (2012) | |
|--|------------|
| Population totale | 13.726.000 |
| Revenu national brut par habitant (\$ PPA) | 1.880 |
| Espérance de vie à la naissance h/f | 63/66 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 60 |
| Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (en %) | 0.5 |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$) | 96 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 5.0 |

Dans le domaine de la santé, deux réformes importantes ont été menées dans les dernières années.

D'abord, la réforme de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Le ministère de la Fonction Publique et du Travail a engagé à ce titre plusieurs actions. Premièrement, une réactualisation des principaux textes régissant les IPM. Deuxièmement, la création d'un organe qui a la vocation de jouer un rôle d'interlocuteur unique de l'AMO et de réaliser des missions communes au profit de l'ensemble des IPM : l'Institut de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire (ICAMO). Troisièmement, une réforme de la gouvernance avec la mise sur pied d'un fonds de garantie et de solidarité des IPM. Enfin a été proposée la création d'une IPM inter-entreprises pour les travailleurs non-permanents.

Ensuite, la mise en œuvre d'une couverture maladie universelle (CMU), à destination de toutes les personnes appartenant au secteur informel ou résidant en zone rurale. La stratégie choisie pour réussir cet objectif ambitieux est de créer une

synergie entre les différents partenaires déjà actifs dans le domaine de la santé. Dans ce cadre, le plan « Décentralisation de la Couverture Assurance Maladie » (DECAM) a pour objectif de renforcer les mutuelles de santé déjà existantes et d'en créer de nouvelles, afin d'aboutir à un véritable maillage du territoire, permettant à toute la population d'avoir accès aux soins. Le financement de ces mutuelles sera largement aidé par l'Etat afin d'augmenter le niveau des prestations : il fournira des subventions à hauteur de 50% des cotisations, et à hauteur de 100% pour les personnes identifiées comme indigentes. Les mutuelles feront aussi office de relais en ce qui concerne les mesures d'assistance médicale qui ont été mises en œuvre par le ministère de la santé et de l'action sociale à partir de 2005, à savoir la gratuité des soins, pour les accouchements et césariennes, pour les personnes âgées de plus de 60 ans (plan Sésame, 450 000 bénéficiaires), pour les personnes atteintes du VIH ou de la tuberculose, et pour les enfants de moins de 5 ans (qui constituent 22% de la population). Un Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) a été créé pour recevoir et gérer ces financements.

B / PAUVRETÉ

En matière de pauvreté, deux mesures importantes sont en cours de développement.

Premièrement, l'instauration de bourses familiales de sécurité pour les familles défavorisées. Il s'agit de transferts monétaires à hauteur de 100 000 FCFA par an à destination de 250 000 familles vulnérables, accordés en échange de l'inscription et de l'assiduité de leurs enfants à l'école. Une Caisse Autonome de Prévoyance Sociale Universelle (CAPSU) a été créée pour couvrir ce programme, ainsi qu'une partie de

la CMU. Aujourd'hui, ces bourses bénéficient déjà à 50 000 familles.

Deuxièmement, la création d'un régime simplifié pour les petits contribuables (RSPC), toujours à l'étude, et qui viserait à permettre aux travailleurs de l'économie informelle d'intégrer les mécanismes formels de la sécurité sociale sénégalaise. Le régime serait semi-contributif, c'est-à-dire qu'il serait financé à moitié par les cotisations des affiliés et à moitié par un transfert de l'Etat.

En conclusion, le Sénégal affiche depuis maintenant quelques années une véritable volonté politique face au chantier de la protection sociale. En témoigne par exemple la ligne budgétaire de 10 milliards FCFA qui a été attribuée à la CAPSU en 2013. Cependant, de nombreux défis doivent encore être relevés. En premier lieu, la carte sanitaire doit être améliorée : on compte en moyenne un hôpital pour 500 000 habitants, alors que la norme instaurée par l'OMS est d'un hôpital pour 150 000 habitants. Combiné avec les difficultés de communication vis-à-vis des populations rurales, ce défaut pourrait bien empêcher la réforme d'extension de la CMU d'aboutir aux

résultats escomptés d'ici 2015 (couverture maladie pour 50% de la population). En second lieu, il reste à définir des financements stables pour ces réformes qui sont pour l'instant majoritairement à la charge de l'Etat – des idées ont été proposées, comme la taxation du marché du tabac et de l'alcool, qui dégagent d'importants bénéfices, ou encore la réduction du train de vie de l'Etat, qui permettrait de rediriger le produit de certaines économies vers le domaine de la santé. Des solutions doivent en tout cas être vite trouvées : le plan Sésame à lui seul a déjà accumulé 600 millions FCFA d'arriérés depuis 2006.

Sources

- Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES) 2013-2017
- Code du Travail du Sénégal (loi n°97-17 du 1^{er} décembre 1997)
- Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté II (DSRP II) 2006-2010
- Infos Sécurité Sociale, organe de communication de la caisse de sécurité sociale au Sénégal, n°01 mars 2014
- Décret du 14 Août 1975 portant organisation des institutions de prévoyance-maladie d'entreprise ou inter-entreprises et rendant obligatoire les dites institutions.
- Loi n°61-33 du 15 juin 1961 relative au statut général des fonctionnaires, réactualisée version 2005.
- Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017

LE TCHAD



Le Tchad est un pays fortement touché par la pauvreté. Selon le classement 2013 sur le développement humain, il est classé 185^{ème} sur 187, et les données datant de 2011 mettent en évidence que 46.7% de la population y vit avec moins d'un euro par jour. Dans un contexte économiquement difficile, la question de la protection sociale, cardinale dans toutes les stratégies de lutte contre la pauvreté, apparaît donc comme prioritaire. Pourtant, l'analyse montre que les progrès réalisés à ce jour restent modestes. Une des raisons pour cela est que la protection sociale n'a pas encore fait l'objet d'une stratégie nationale cohérente, qui permettrait de coordonner les différents programmes mis en œuvre, notamment dans le cadre des stratégies de réduction de la pauvreté (SNRP). Le Tchad fait donc face à un défi de taille : celui de proposer une vision globale pour les formes que devra prendre la politique de protection sociale dans les années à venir.

1 – INVENTAIRE DES DISPOSITIFS DE SÉCURITÉ SOCIALE AU TCHAD

BRÈVE CHRONOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALE AU TCHAD

| | |
|--|--|
| 1956 | Création d'un régime de prestations familiales, confié à la Caisse de Compensation des Allocations familiales (CCAF). |
| Loi du 4 mars 1966 | Promulgation d'un Code du Travail et de la Prévoyance Sociale, et création de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). |
| Ordonnance du 24 mars 1972 | Dissolution du Fonds commun des accidents du travail et maladies professionnelles du Tchad et transfert de ses attributions à la CNPS. |
| Décret du 30 juin 1977 | Création d'un régime de pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès, confié à la CNPS. |
| Ordonnance du 12 janvier 1993 | Création de la Caisse Nationale des Retraités du Tchad |
| Ordonnance du 27 septembre 2013 | Adoption d'un nouveau code de sécurité sociale |

Il existe au Tchad un système de sécurité sociale, destiné aux travailleurs salariés du

secteur formel, et qui se compose de deux régimes.

A / LE SECTEUR FORMEL PRIVÉ

Le premier d'entre eux, destiné aux travailleurs du secteur privé soumis au Code du Travail, est géré par la **Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)**, un établissement public doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Créé par la loi du 4 mars 1966 instituant un Code de la Prévoyance Sociale au Tchad, il hérite du régime de prestations familiales qui avait été créé avant l'indépendance, et qui était alors géré par la Caisse de Compensation des Allocations Familiales (CCAF).

Dans les années qui suivirent sa création, la CNPS a élargi son champ d'application, en ajoutant aux allocations familiales les risques professionnels (1972), puis le régime de pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès (1977). Aujourd'hui cependant, n'ont toujours pas été ajoutés les risques maladie et chômage.

Le régime est financé par les cotisations des employeurs et des employés, fixées aux taux respectifs de 16.5% et 3.5% du salaire, et fonctionne par répartition. Ainsi, pour les

retraites, les cotisations prélevées pour l'année servent à payer les pensions des retraités pendant la même période : l'équilibre financier est donc difficile à maintenir, d'autant plus que le ratio cotisants/retraités diminue chaque année du fait de la stagnation du secteur formel en effectifs. Par ailleurs, cette situation a provoqué des sentiments d'injustice chez les assurés, car afin de rester excédentaire, la Caisse a continuellement augmenté le montant des cotisations depuis la fin des années 70, tout en refusant de revaloriser le montant des pensions.

Le régime de la CNPS connaît d'autres faiblesses, notamment au niveau organisationnel. De fait, le système étant encore très centralisé (il n'existe que quatre

agences dans le pays), il est extrêmement difficile pour les assurés d'obtenir leurs prestations. Certains pensionnaires malades, incapables de se rendre à la caisse pour percevoir leurs pensions, se retrouvent ainsi sans couverture alors même qu'ils ont cotisé toute leur vie. A cela, il faut ajouter les nombreux cas de fraudes au sein des entreprises, où les employeurs ne déclarent pas ou qu'en partie leurs employés : cela s'explique notamment par le manque de moyens de l'inspection du travail. En outre, craignant d'être licenciés, les employés ne signalent pas les fraudes.

La dernière étude concernant la CNPS, qui date de 2002, montre qu'elle ne couvre que 48 913 assurés, soit environ 1% de la population active.

B / LE SECTEUR FORMEL PUBLIC

Depuis une ordonnance du 12 janvier 1993, le régime de pension de vieillesse, d'invalidité et de décès pour les fonctionnaires est confié à la Caisse Nationale des Retraités du Tchad (CNRT).

Auparavant géré par la *Caisse Spéciale des Retraites du Tchad*, qui avait été créée en 1959, le régime de retraite des fonctionnaires est aujourd'hui financé par des retenues sur les salaires, dont la charge est partagée avec l'Etat employeur.

Le système est marqué par les mêmes faiblesses que pour la CNPS. La difficulté de

maintenir le régime en équilibre a obligé la caisse à interrompre pendant certaines périodes le versement des prestations, ce qui a provoqué d'importantes manifestations au milieu des années 2000. En 2005, le gouvernement a cependant remboursé une partie des arriérés qu'il avait accumulés. Dans le même temps, il a revu à la hausse le montant des retraites, qui était extrêmement bas.

En 2009, le régime de retraite des fonctionnaires concernait 17 954 pensionnés, soit environ 0.1% de la population.

C / LE SECTEUR INFORMEL

Le Tchad est un pays essentiellement rural : l'agriculture, l'élevage et la pêche sont les activités dominantes. Ainsi, près de 8 tchadiens sur 10 vivent en milieu rural, et la quasi-totalité de la population appartient au secteur informel. Or, celui-ci est exclu des mécanismes de protection sociale décrits plus haut.

Le Tchad connaît cependant des mécanismes d'entraide importants, organisés dans le cadre traditionnel des clans (*tontines*, etc.), ou à travers l'établissement de communautés religieuses. Ainsi par exemple, une dizaine d'institutions islamiques d'aide et de secours interviennent sur le terrain, la plus

importante étant le Conseil Supérieur pour les Affaires Islamiques du Tchad (CSAI), qui fournit d'importants services médicaux aux catégories vulnérables de la population.

Dans le domaine de la santé, il n'existe à l'heure actuelle aucun mécanisme public de protection, que ce soit pour le secteur formel ou le secteur informel. Les travailleurs salariés ont donc recours, lorsqu'ils disposent de revenus suffisants, aux assurances privées comme la *STAR Nationale* et la *SAFAR*. Quant aux personnes appartenant au secteur informel,

elles peuvent souscrire aux mutuelles de santé déployées localement avec le soutien des ONG. Cependant, le réseau mutualiste reste très peu développé au Tchad, notamment en raison de l'absence de cadre législatif. Les mutuelles ont adopté un statut provisoire relevant de la loi de 1962 sur les associations, mais il semble que tant que ne sera pas élaboré un texte juridique permettant de rationaliser leur

fonctionnement et les partenariats qu'elles tissent avec les pouvoirs publics, elles resteront caractérisées par l'expérimentation et la fragmentation des initiatives.

2 - LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE POUR LA CONSTRUCTION D'UN SOCLE DE PROTECTION SOCIALE AU TCHAD

| QUELQUES DONNÉES SUR LE PROFIL SANITAIRE DU TCHAD (2012) | |
|--|------------|
| Population totale | 12 448 000 |
| Revenu national brut par habitant (\$ PPA) | 1 620 |
| Espérance de vie à la naissance h/f | 50/52 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 150 |
| Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (en %) | 2.7 |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$) | 42 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 2.8% |

La politique gouvernementale pour la construction d'un socle de protection sociale au Tchad se concentre depuis quelques années autour de deux priorités, la santé et la

sécurité alimentaire. Il s'agit en effet des deux plus grands défis auxquels se trouve confronté le pays.

A / LA SANTÉ

Au regard des quelques données fournies ci-dessus sur le profil sanitaire du Tchad, il apparaît que la santé est en effet la problématique prioritaire à laquelle doit s'attacher la politique de protection sociale mise en œuvre par les pouvoirs publics, et ce d'autant plus que ces derniers ont adhéré aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), parmi lesquels se trouve l'accélération de l'accès universel aux interventions essentielles de santé.

Le gouvernement du Tchad a donc affirmé sa volonté d'agir dans ce domaine, notamment au travers d'une Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté, d'une Politique Nationale de Santé, et d'un Plan National de Développement Sanitaire. Face à la problématique de l'accès équitable aux soins de santé, qui dérive à la fois de l'inexistence de mécanismes d'assurance maladie, et de la faible couverture sanitaire du territoire (49.8%), deux stratégies ont été mises en œuvre dans le cadre de ces documents.

- **Le recouvrement des coûts, issu de l'initiative de Bamako.** Ce dispositif consiste, dans un contexte d'insuffisance des budgets sanitaires publics, à faire supporter aux populations un certain nombre de charges supposées gratuites auparavant (notamment les médicaments), et à leur accorder en contrepartie un droit de regard sur la gestion des recettes engendrées. Ce mécanisme, combiné avec une optimisation des coûts (usage des médicaments génériques notamment) est censé remplacer une gratuité illusoire par un système crédible et transparent. Cependant, il n'a pas permis d'étendre réellement l'accès aux soins, puisque les médicaments, même génériques, restent financièrement inaccessibles à la majorité de la population.
- **La gratuité de certains soins de santé.** Depuis 2007, les urgences

obstétricales, chirurgicales et infantiles, le traitement du Sida, du paludisme et de certaines endémo-épidémies comme la tuberculose et la lèpre, sont pris en charge intégralement par l'Etat. Cependant, force est de constater qu'aucun texte, législatif ou réglementaire, ne sert de base légale à ces gratuités, ce qui fait qu'elles sont peu appliquées dans la pratique. A cette contrainte s'ajoute

l'insuffisance des moyens financiers accordés par l'Etat aux structures sanitaires pour remplacer le paiement des prestations par les bénéficiaires.

Ainsi, malgré les efforts menés par les pouvoirs publics, l'obligation faite à l'usager de payer les prestations de soins constitue toujours l'obstacle de première ligne quant à l'accès de la population à la santé.

B / LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Comme l'accès à la santé, la sécurité alimentaire constitue, au Tchad comme dans tous les pays sahéliens, une des plus grandes priorités pour la politique de protection sociale. De fait, malgré l'importance des ressources naturelles du pays, les effets conjugués des aléas climatiques, des guerres civiles et des mouvements transfrontaliers aboutissent à une importante insécurité alimentaire, pour 44.2% de la population. Aussi, le pays s'est-il doté d'un dispositif national destiné à gérer les crises alimentaires, le Comité d'Action pour la Sécurité Alimentaire et la Gestion des Crises Alimentaires (CASAGC). Cependant, celui-ci ne réagit qu'en cas de crise grave : il ne permet donc pas de minimiser les risques qui pèsent à long terme sur les populations touchées par l'insécurité alimentaire.

Plus prometteur est le nouveau fonds fiduciaire créé par la Banque Mondiale, et dit « climato-intelligent ». Celui-ci, qui s'inscrit dans le cadre de la protection sociale « adaptative », se propose d'élaborer avec l'Etat des programmes de gestion du risque, qui pourraient aider à anticiper les aléas climatiques, et à y faire face en déployant rapidement des transferts monétaires. Déjà

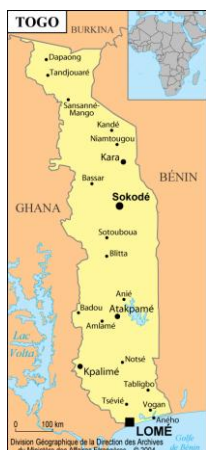
doté d'un financement de 75 millions de dollars, apportés par le Royaume Uni, ce fonds multi-donateur doit se mettre en place dans les prochaines années.

Le Tchad connaît de grandes difficultés à réduire le niveau de pauvreté de sa population. Ce constat s'explique en partie par les conflits politiques et la crise économique que le pays a connus ces dernières années et qui ont eu un impact négatif sur la mise en œuvre des stratégies de réduction de la pauvreté. Cependant, il dérive également d'un manque de volonté politique. Or, aujourd'hui, alors que la stabilité semble réinstallée, les pouvoirs publics bénéficient d'une importante marge de manœuvre pour avancer dans le chantier de la protection sociale. En effet, le pays pourrait connaître une réelle avancée si une politique nationale de protection sociale était élaborée, dans le but de créer des synergies positives entre les différentes initiatives menées par l'Etat et la société civile. Aussi, un niveau d'allocation de ressources publiques plus élevé dans ce domaine pourrait permettre aux programmes déjà engagés de produire de meilleurs résultats.

Sources

- Ministère de l'économie, du plan et de la coopération internationale, Plan National de Développement 2013-2015, avril 2013.
- UNICEF, Etude sur la protection sociale au Tchad. Analyse de la situation et recommandations opérationnelles.

LE TOGO



Les pouvoirs publics togolais ont publié en juillet 2012 un document élaborant une Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE), dont l'objectif est de fournir, entre autres, un cadre à moyen terme pour réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Dans ce document, le chantier de la protection sociale a été choisi comme l'un des cinq axes stratégiques majeurs de la politique togolaise. Cela révèle la place centrale qu'occupe la construction d'un socle de protection sociale dans le processus de réduction de la pauvreté au Togo : de fait, bien qu'il existe déjà un ensemble d'institutions relevant de la sécurité sociale, les chocs économiques et les catastrophes naturelles (inondations, sécheresses, etc.) survenus à partir de 2007 ont mis en lumière le besoin urgent de meilleurs mécanismes de protection sociale, surtout au bénéfice des populations les plus vulnérables.

1 – INVENTAIRE DES DISPOSITIFS DE SÉCURITÉ SOCIALE EXISTANT AU TOGO

| BREVE CHRONOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALE AU TOGO | |
|--|---|
| Arrêté du 15 mars 1956 | Création de la caisse de compensation des prestations familiales (CCPF) |
| Décret du 14 janvier 1961 | Les agents de l'Etat bénéficient d'une prise en charge des dépenses de santé à hauteur de 50% à 100%. |
| Loi du 12 Novembre 1973 | La CCPF est remplacée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) |
| Loi du 8 février 2011 | Création de l'Institution National d'Assurance maladie |
| Décret du 21 février 2011 | Création du code de sécurité sociale |

Le Togo a mis en place, dès l'indépendance, un système de protection sociale pour le secteur formel (salariés des secteurs privé et public). Ainsi, un arrêté du 15 mars 1956 crée un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés, confié à une Caisse de Compensation des Prestations Familiales (CCPF). Celle-ci est chargée de trois branches : les prestations familiales, les prestations de vieillesse, d'invalidité et de décès, et les prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Par une loi du 12 novembre 1973, la CCPF est remplacée par la *Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)*, qui existe encore aujourd'hui. A savoir cependant que les travailleurs du secteur public reçoivent leurs pensions de retraite *via* la *Caisse de Retraite du Togo (CRT)*.

Dès le départ, le régime est de nature assurantielle, c'est-à-dire qu'il est financé par des cotisations sur les salaires, payées en partie par l'employeur, en partie par l'employé. Cela signifie donc que n'y sont assujettis que les travailleurs du secteur formel, ce qui exclut du régime la grande majorité de la population. Cependant, en 2011, la loi qui institue un Code de sécurité sociale dispose que les travailleurs indépendants et les travailleurs de l'économie informelle sont désormais soumis au régime. Cependant, les effets de ces modifications semblent limités, étant donné que les personnes visées n'ont que très peu de capacité contributive, et qu'ils sont difficilement identifiables (la majorité d'entre eux réside en zone rurale).

Aujourd'hui, le régime de sécurité sociale togolais semble insuffisant pour assurer une véritable couverture de la population vis-à-vis des risques sociaux.

De fait, il ne comporte pas de branche maladie, et ne concerne qu'une petite partie de la population : la CNSS compte en effet 65 767 assurés en 2008 (salariés du secteur privé, contractuels, et agents permanents de l'Etat), ce qui n'équivaut qu'à 1% de la population. De plus, la CNSS connaît des difficultés financières, puisque chaque année, et dans la branche vieillesse seulement, elle enregistre dans ses livres un déficit de 2 milliards de francs CFA environ. Au regard de cette situation, beaucoup de réticences ont été exprimées sur la mise en place d'une éventuelle branche maladie, qui ne ferait qu'augmenter les déficits de la caisse. La situation est similaire pour la CRT, qui est également déficitaire, et ne couvre pas tout le territoire (ce qui sous-entend que certains retraités ne perçoivent pas leurs pensions).

Le point de défaillance le plus important est que les togolais ne bénéficient d'aucune couverture pour le risque santé.

Dans la pratique, les salariés du secteur privé ont recours aux compagnies d'assurance

privées, qui négocient des contrats de groupes avec les entreprises. Quant aux fonctionnaires, une prise en charge par l'Etat leur a été accordée par un décret du 14 janvier 1961, à hauteur de 50% pour les consultations, et 100% pour les hospitalisations. Cependant, le dispositif exclut la prise en charge de tous les médicaments, qui constituent pourtant le premier poste de dépenses pour les ménages dans le secteur de la santé. Il faut aussi mentionner le fait que l'autonomie financière des hôpitaux les oblige à équilibrer leurs budgets, si bien que désormais, les directeurs font obligation aux fonctionnaires de payer leur quote part de 50% aussitôt après leur consommation, ce qui rend plus difficile l'accès aux soins, surtout pour les retraités. Enfin, tous les exclus du secteur formel, c'est-à-dire plus de 80% de la population, ne bénéficient d'aucune aide : les compagnies d'assurance privées pratiquent des tarifs beaucoup trop chers, et les mutuelles de santé sont très peu développées (il faut mentionner tout de même la bonne implantation de l'ONG Louvain Coopération, qui a permis l'affiliation d'environ 40 000 togolais à des mutuelles).

2 – FACE AU DÉFI IMPORTANT QUE REPRÉSENTE L'ACCÈS DE TOUTE LA POPULATION AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE, LE GOUVERNEMENT TOGOLAIS A ELABORÉ UNE STRATÉGIE AMBITIEUSE.

Afin de faire face à la situation décrite ci-dessus, le gouvernement togolais déclare dans le document SCAPE qu'il « *entend mettre en place progressivement un socle de protection sociale universel en vue de permettre à toutes les catégories de la population de disposer d'un minimum de services essentiels et de transferts sociaux* ». Cette volonté est d'autant plus affichée qu'une enquête menée en 2006 a montré que la pauvreté, qui touche 61.7% de population togolaise, se rencontre surtout dans l'économie informelle et le secteur agricole, qui sont dépourvus de toute couverture sociale.

Parmi les objectifs listés dans le document, on peut citer l'extension progressive des mécanismes d'assurance sociale au secteur informel, le soutien pour le développement de mutuelles de santé solides, la mise en place de transferts monétaires et de transferts en nature à destination des plus vulnérables, la construction de régimes fiscaux plus redistributifs, et le renforcement de l'accès équitable des femmes et des hommes aux services sociaux de base. Ce sont donc des objectifs ambitieux qui sont mis en avant par les pouvoirs publics du Togo.

A noter également qu'a été lancé un projet en collaboration avec l'Organisation Internationale du Travail, et dont l'objectif est la création d'un socle de protection sociale, et son extension au secteur informel. Une « *Task Force* » composée d'experts et de responsables

clés a été créée, et des travaux sont en cours (cartographie sur la situation réelle de la protection sociale au Togo, identification des possibilités d'actions réalisables, évaluation du coût des options politiques, etc.).

1 – LA SANTÉ

| QUELQUES DONNÉES SUR LE PROFIL SANITAIRE DU TOGO (2012) | |
|--|-----------|
| Population totale | 6.643.000 |
| Revenu national brut par habitant (\$ PPA) | 900 |
| Espérance de vie à la naissance h/f | 57/59 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 96 |
| Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (en %) | 3.2 |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$) | 75 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 8.6 |

Les comptes nationaux de 2008 font ressortir le caractère prioritaire des réformes à mener dans le domaine de la santé. De fait, plus de 50% des dépenses totales dans le secteur sont assumées directement par les ménages, ce qui révèle le manque important de mécanismes de mutualisation des risques. Or, la Constitution du Togo affirme dans son article 34 le principe du droit à la santé pour tous les citoyens.

Ainsi, l'Etat a supprimé les coûts de certains soins, notamment ceux de la césarienne. Il s'est également engagé à construire 50 nouvelles formations sanitaires pour améliorer la carte sanitaire du Togo, et a déclaré mettre en application l'engagement d'Abuja selon lequel 15% du budget national doit être consacré à la santé.

A aussi été créé en 2011 un nouveau régime obligatoire d'assurance maladie, à destination des agents de l'Etat et

assimilés, et géré par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM). Les consultations sont prises en charge à 100%, et les médicaments à hauteur de 80% (90% pour les génériques, afin d'encourager leur utilisation). D'autres soins sont aussi désormais pris en charge, comme les lunettes, l'imagerie médicale, etc. Au 30 Novembre 2013, ce dispositif comptait 232 186 bénéficiaires, soit plus de 80% des agents de l'Etat. Bien que cela ne corresponde qu'à 3.4% de la population, le dispositif est censé être une porte d'entrée dont la vocation est de s'élargir à d'autres catégories de la population. Ainsi, des études sont aujourd'hui en cours pour définir les conditions de l'extension de la couverture aux retraités du secteur privé, aux familles de plus de 6 membres, et au secteur informel.

B / PAUVRETE, EXCLUSION

Dans les autres domaines, des programmes ont été lancés afin de lutter contre la pauvreté et l'exclusion. Ainsi, un programme de travaux publics à haute intensité de main-d'œuvre (HIMO) en zones rurales a été mis en

place, afin de créer de l'emploi parmi les catégories vulnérables de la population. Il concerne aujourd'hui 15 000 bénéficiaires, qui reçoivent une rémunération pendant 40 jours. Aussi, un programme mené en

coopération avec les institutions internationales et permettant aux établissements scolaires de se doter de cantines a été déployé sur le territoire : bien qu'il ne couvre actuellement que 182 écoles primaires, il est voué à se développer, et à entraîner derrière lui la création d'autres programmes dits « *filets sociaux* ». Encore d'autres plans d'action seront déployés dans d'autres domaines, comme le Plan National de la Gestion Intégrée des Ressources en Eau (PANGIRE).

Le cadre très large de cette stratégie nationale visant à construire un socle de protection sociale au Togo révèle l'importance des défis à relever. La création d'un régime d'assurance maladie englobant l'ensemble de la population semble cependant être le plus important d'entre eux, afin d'améliorer le profil sanitaire du pays.

Sources

- Journal officiel de la République Togolaise
- Code de sécurité sociale de la République Togolaise
- Focus Infos (bimensuel Togolais d'informations)
- Document complet de stratégie de réduction de la pauvreté 2009-2011
- Stratégie de croissance accélérée et de promotion de l'emploi (SCAPE) 2013-2017
- Etude sur la protection sociale et la gestion médicale de l'indigence au Togo, réalisée par Alioune Kamara (décembre 2008)

PARTIE II



LES SOCLES DE PROTECTION SOCIALE DANS D'AUTRES PAYS D'AFRIQUE

LE GHANA



Le Ghana est un pays actif dans le domaine de la protection sociale : dès 1965, une loi jetait les bases d'un système global de sécurité sociale. Depuis, de nombreux progrès continuent d'être faits, comme en témoignent les divers programmes mis en place depuis la fin des années 1990, que cela soit dans le domaine de la santé, de la pauvreté, de la jeunesse, ou encore du vieillissement de la population. Ainsi, bien qu'un long chemin reste encore à parcourir, puisque la protection sociale ne concerne encore qu'une petite partie de la population, le Ghana témoigne d'une véritable volonté d'avancer dans le chantier de la protection sociale.

1 - UNE POLITIQUE GOUVERNEMENTALE D'ÉTABLISSEMENT D'UN SOCLE DE PROTECTION SOCIALE TRÈS ACTIVE DEPUIS 1965

BREVE CHRONOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALE AU GHANA

| | |
|---|---|
| Social Security Act - 1965 | Création d'un fonds de sécurité sociale pour les personnes âgées, les invalides et les survivants. |
| Social Security Law - 1991 | Création du Social Security and National Insurance Trust (SSNIT) |
| Growth and Poverty Reduction Strategy (GPRS I) - 2002-2005 | Stratégie visant à réaliser les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) |
| National Health Insurance Scheme - 2003 | Création d'une couverture santé |
| Ghana School Feeding Program - 2005 | Stratégie visant à garantir une bonne nutrition pour tous les enfants scolarisés |
| Ghana Growth and Poverty Reduction Strategy II (GPRS II) - 2006-2009 | Stratégie visant la continuation du GPRS I |
| National Social Protection Strategy (NSPS) - 2007 | Stratégie globale de protection sociale comprenant plusieurs programmes, comme le Livelihood Empowerment Against Poverty (LEAP) introduit en 2008 |

Au Ghana comme dans d'autres pays d'Afrique, **la solidarité familiale qui assurait traditionnellement un soutien entre les membres de la famille a été grandement fragilisée** avec l'expansion de la modernité : l'urbanisation notamment, qui a entraîné la migration des jeunes vers les villes a rendu le lien familial de moins en moins solide. Face à ces mutations de fond, l'Etat a dû prendre le relais, en instaurant les bases d'une protection sociale à l'échelle nationale et locale.

Ainsi, dès 1965, une loi a introduit un schéma de sécurité sociale, en créant un fonds unique permettant de fournir des pensions aux catégories fragiles de la

population n'étant plus en capacité de travailler (personnes âgées, invalides, survivants, etc.). Par une loi de 1991, ce fonds est devenu le **Social Security and National Insurance Trust (SSNIT)**, financé majoritairement par des cotisations sociales sur les salaires. Le *National Pensions Act* de 2008 a ajouté aux deux parties du fonds déjà existantes, et obligatoires pour les salariés, un « *troisième tiers* », qui n'est pas obligatoire, mais qui permet notamment aux salariés de toucher des pensions plus élevées, et aux individus appartenant au secteur informel d'avoir accès plus facilement au fonds de pension.

Un autre élément important jalonnant le parcours visant à créer un socle de protection sociale au Ghana est l'élaboration de plans stratégiques, dont les plus importants sont les **Ghana Poverty Reduction Strategies (I et II)**, et la **National Social Protection Strategy**. Tout en définissant les conditions pour accroître le rythme de croissance du Ghana, ces programmes élaborent des mesures pour soutenir les plus pauvres. Ainsi par exemple, la *National Social Protection Strategy* a mis en place en 2007 des bourses

permettant de garantir un revenu minimal pour les ménages en situation de grande pauvreté. Plus récemment encore, le programme *Livelihood Empowerment Against Poverty (LEAP)* a permis d'identifier les ménages au revenu très faible, ainsi que les personnes en situation de fragilité (personnes âgées, handicapées, etc.), et de leur accorder un versement mensuel. En échange, les bénéficiaires doivent envoyer leurs enfants à l'école, et s'inscrire au NHIS (voir chapitre suivant).

2 - UNE POLITIQUE DE SANTE QUI A PRIS SON ENVOL DEPUIS 2003 - LE « NATIONAL HEALTH INSURANCE SCHEME » (NHIS).

| QUELQUES CHIFFRES SUR LA SITUATION SANITAIRE AU GHANA (2012) | |
|--|----------|
| Population totale (en millions) | 25,4 |
| RNB/habitant | 1 910 \$ |
| Espérance de vie à la naissance | 61/64 |
| Prévalence du VIH (en %) | 1.4 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 72 |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant en 2012 | 106\$ |

Bien que de nombreux défis restent à relever, le Ghana dispose d'un des mécanismes de protection de santé les plus développés en Afrique subsaharienne, notamment grâce au mécanisme du « National Health Insurance Scheme » (NHIS), mis en place par le président John Kufoor en 2003 (*National Health Insurance Act*). Remplaçant progressivement le « *cash and carry system* », où les soins ne sont prodigués qu'à partir du moment où le patient les a préalablement payés, le NHIS permet aujourd'hui à une part grandissante de la population d'accéder aux soins directement, et pour certaines catégories de la population, gratuitement.

Après l'adoption du NHIA en 2003, le Ghana s'est appuyé sur les structures déjà existantes au niveau local (notamment les ONG) pour déployer le NHIS sur tout le territoire. Désormais, la politique nationale de santé est au centre du système, puisque seules les organisations qui acceptent de se joindre au NHIS peuvent bénéficier de subventions et d'un support technique.

Au niveau de l'organisation, le système NHIS est décentralisé. Il repose sur la base

d'une division territoriale en districts (*District Mutual Health Insurance Scheme - DMHIS*). Chaque inscrit dispose d'une carte le rattachant à son district, et bénéficie ainsi d'un ensemble minimal de soins (consultations, médicaments, opérations chirurgicales, soins hospitaliers, soins dentaires, maternité, etc.), quel que soit son niveau de contribution. Certains soins qui paraissent importants (pour le VIH notamment) en sont exclus, mais la raison en est qu'ils sont déjà couverts par d'autres programmes.

Un point important dans la réalisation de ce programme est que dès le départ, le gouvernement n'a pas voulu baser le financement du système sur les contributions des assurés, afin que ceux qui disposent de très peu de revenus puissent tout de même s'y inscrire, et que certaines catégories de population considérées comme indigentes puissent bénéficier d'une couverture santé gratuite (environ 70% des bénéficiaires sont exempts de toute charge). Ainsi, les contributions directes ne représentent qu'environ 5% du financement du NHIS.

En réalité, le NHIS est financé principalement par deux mécanismes originaux. D'abord, un prélèvement de 2.5% ajouté au taux de la TVA (*National Health Insurance Levy - NHIL*), et qui permet de constituer 75% des fonds du NHIS. Ensuite, une cotisation fixée à un taux de 2.5% sur les salaires, et redirigée depuis la *Social Security and National Insurance Trust* (SSNIT), qui constitue 20% des fonds du NHIS. Les recettes de ces différentes sources de financement sont toutes reversées directement dans le *Health Insurance Fund*, et ne peuvent être utilisées que pour financer les soins. Ce mode de financement possède de nombreux avantages. D'abord, étant donné

que les biens de nécessité, qui constituent la quasi-totalité du budget d'un ménage pauvre, bénéficient au Ghana d'une dérogation à la TVA, on peut estimer qu'il s'agit d'un système plus ou moins redistributif, où les revenus des plus riches permettent, *via* la consommation, le financement d'un accès universel aux soins. Ensuite, le recours à une fiscalité indirecte, comme la TVA, assure de larges recettes, très peu diminuées par l'évasion fiscale. Enfin, le modèle de la cotisation sociale permet, à partir du moment où un pourcentage du salaire est redirigée par l'employeur vers le SSNIT, d'inscrire automatiquement les salariés au NHIS.

3 - LES PROGRES REALISES ET LES DEFIS AUXQUELS DOIT ENCORE FAIRE FACE LE GHANA

La politique sociale étant très active au Ghana, des progrès substantiels ont été faits en rapport avec les Objectifs millénaires de développement notamment. Ainsi, la proportion de la population en situation de pauvreté est passée de 51.7% en 1991-92 à 28.5% en 2005-06. La malnutrition infantile a presque été réduite de moitié, passant de 24.1% en 1988 à 13.8% en 2008. En matière de santé, les paiements directs des usagers sont passés de 51% de la dépense totale à 37% entre 2004 et 2009, tandis que la dépense du gouvernement par personne dans le domaine de la santé est passée de 9\$ à 28\$.

Cependant, de nombreux défis restent à relever au Ghana. Le premier d'entre eux est le **ciblage des personnes ou des ménages dans le besoin**. Ainsi par exemple, si la pauvreté a effectivement baissé dans les vingt dernières années, il reste dans le pays des « poches » de forte pauvreté, notamment au Nord : un meilleur ciblage géographique des transferts étatiques permettrait de remédier à cette situation. Cette problématique est également au cœur des politiques de santé : alors même que l'inscription au NHIS est sensée être obligatoire, une étude récente dirigée par OXFAM considère que seulement 18% de la population en bénéficie. Une des raisons pour cela est que, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, en même temps qu'ils constituent la majeure partie de l'économie, les individus travaillant dans le secteur informel sont presque

« invisibles » pour l'Etat, contrairement à ceux appartenant au secteur formel, pour lesquels l'inscription au NHIS a été rendue automatique, comme on l'a vu plus haut. On retrouve le même problème pour la politique liée à la vieillesse, le SSNIT étant beaucoup plus difficile d'accès au secteur informel, malgré la création d'un troisième tiers en 2008.

Le problème en toile de fond est donc aussi celui de l'emploi qui manque, notamment aux jeunes : il a été démontré que le secteur informel représentait encore 80% du marché du travail au Ghana. Des programmes pour l'emploi des jeunes ont donc été lancés (notamment le *National Youth Employment Programme*), consistant notamment en des formations professionnelles, et des embauches dans le secteur public. Cependant, les efforts menés dans ce domaine n'ont pas encore produit de résultats concluants.

Un défi majeur est le **poids financier des différents programmes, auquel doivent être associés des modes de financement plus stables**. En ce qui concerne la santé par exemple, de nombreux exemples d'hôpitaux refusant de prodiguer des soins en raison des retards de paiement de la part de l'Etat montrent que les circuits de financements ne sont pas encore optimaux. **Par ailleurs, le financement est encore assez dépendant de l'aide internationale** : certains programmes ne parviennent parfois pas à

leurs objectifs, en raison de pays étrangers qui décident de suspendre leur support financier, comme cela a été le cas avec le *School Feeding Programme*, qui n'a pas reçu d'aide de la part de l'Allemagne pendant une année, et qui a dû par conséquent diminuer de moitié ses bénéficiaires.

Enfin, des manques structurels sont identifiables, notamment en matière

d'infrastructures de santé, qui sont indispensables pour assurer la continuité des soins que garantit le NHIS : les hôpitaux pourraient être améliorés et mieux répartis sur le territoire, et l'offre de soins (tant en termes de médicaments que de personnel) pourrait être davantage garantie en termes de qualité.

Sources

- OXFAM - Achieving a Shared Goal: Free Universal health Care in Ghana, mars 2011
- Oxford University Press, Repackaging exemptions under national health insurance in Ghana: how can access to care for the poor be improved? Octobre 2012
- Providing for Health (P4H), Success Stories of Health Financing Reforms for Universal Coverage, Ghana
- WORLD BANK – Improving the targeting of Social Programs in Ghana, 2012
- OMS, Profil sanitaire du Ghana, 2012
- FRIEDRICH EBERT STIFTUNG – Social Protection in Ghana, An overview of existing programs and their prospects and challenges.

LE RWANDA



La période de guerre et le génocide de 1994 qu'a connus le Rwanda ont détruit une grande partie du capital social du pays, laissant une importante proportion de la population dans un état de grande vulnérabilité. Ainsi, aujourd'hui, on estime que 60% des rwandais vivent en dessous du seuil de pauvreté. Le Gouvernement a donc élaboré en 2002 une stratégie de lutte contre la pauvreté (EDPRS), où la protection sociale figure comme l'un des axes majeurs. En 2005 il a également adopté une politique nationale de protection sociale, avec l'accord de tous les partenaires sociaux. Il semble donc exister une forte volonté politique de construire un socle de protection sociale au Rwanda.

1 – EVOLUTION DE LA PROTECTION SOCIALE AU RWANDA DE 1962 A 1994

BRÈVE CHRONOLOGIE DE LA PROTECTION SOCIALE AU RWANDA

| | |
|-----------------------------------|---|
| 1949 | Création d'un régime de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles pour tous les travailleurs rwandais. |
| 1957 | Création d'un régime de pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès pour tous les travailleurs rwandais. |
| Loi du 15 novembre 1962 | Création d'un régime de sécurité sociale au Rwanda, confié à la Caisse sociale du Rwanda (CSR). |
| Décret-loi du 22 Août 1974 | Institution d'un texte portant organisation de la sécurité sociale. |
| Loi du 27 avril 2001 | Création de la Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA) |
| Loi du 22 mars 2003 | Modification du décret-loi de 1974, et permission aux personnes appartenant au secteur informel de s'affilier au régime sur la base |
| Loi du 30 décembre 2007 | Création des mutuelles de santé au Rwanda |

Pendant la période coloniale, l'autorité tutélaire belge a créé des régimes de pension au Rwanda, d'abord à destination de catégories particulières de la population, comme les veuves et orphelins des africains ayant servi dans les colonies (1923), les « indigènes » ayant servi dans l'administration coloniale (1927), ou encore les membres africains du personnel de l'armée (1930), puis pour tous les travailleurs. Un texte de 1949 porte en effet création d'un régime de réparation des accidents du travail et des

maladies professionnelles pour tous les salariés des secteurs public et privé, et un autre, de 1957, institue un régime de pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès.

C'est donc sur la base de ces structures coloniales que le Rwanda, après la prise d'indépendance en 1962, a construit son propre système de sécurité sociale. Celui-ci est constitué aujourd'hui de deux institutions centrales : la Caisse Sociale du Rwanda, et la Rwandaise d'Assurance Maladie.

A / LA CAISSE SOCIALE DU RWANDA

Après l'indépendance, une loi du 15 novembre 1962 institue un régime de sécurité sociale, et crée une Caisse Sociale du Rwanda (CSR), qui reprend alors le

patrimoine, les membres affiliés, et les fonds des organismes institués lors de la période coloniale. Placée sous la garantie de l'Etat, la CSR obtient néanmoins le statut

d'établissement public doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière, et reste chargée de la gestion des deux branches d'assurance préexistantes c'est à dire les pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès, et la couverture des risques professionnels.

Un décret-loi du 22 Août 1974, modifié par une loi du 22 mars 2003, porte par ailleurs organisation de la sécurité sociale. La loi dispose que sont assujettis au régime de sécurité sociale les travailleurs salariés du secteur formel (privé et public), ainsi que les travailleurs occasionnels ou temporaires qui sont assimilés aux travailleurs salariés. Il faut noter également que depuis 2003, les personnes qui ont cessé de remplir les conditions d'assujettissement, ou bien qui

n'ont jamais été assujetties peuvent s'assurer sur la base du volontariat à condition de payer eux-mêmes l'intégralité de leurs cotisations. Celles-ci ont été fixées à un taux de 8%. Les charges sont partagées entre l'employeur et l'employé pour les pensions de retraite (3% chacun), et sont entièrement à la charge de l'employeur pour les risques professionnels (2%).

A la fin de 2009, la CSR couvrait 314 256 assurés, soit un peu moins de 10% de la population active. Ce chiffre peut être facilement expliqué : le recensement général de la population effectué en 2002 montre qu'au moins 87% des rwandais font partie du secteur informel, et restent donc non couverts par le régime.

B / LA RWANDAISE D'ASSURANCE MALADIE

Le 27 avril 2001 est institué un régime d'assurance maladie des agents de l'Etat, dont la gestion est confiée à la Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA). Modifiée par deux lois, une en 2002 et une en 2007, la RAMA est étendue vers les agents du secteur privé, mais sur la base du volontariat (l'employeur peut également avoir recours à des sociétés d'assurance privées). Son financement est principalement basé sur les cotisations salariales qui s'élèvent à un taux de 15% du salaire de base (7.5% à la charge de l'employeur et 7.5% à la charge de l'employé). Par ailleurs, elle couvre tous les soins médicaux curatifs et préventifs (sauf les ARV, les soins extraterritoriaux, la chirurgie

esthétique etc.) à hauteur de 85% des coûts (un ticket modérateur de 15% reste à la charge du bénéficiaire). **En 2009, la RAMA couvrait 245 519 assurés, soit environ 2.5% de la population rwandaise.**

A noter également qu'une loi de 2004 a créé un régime d'assurance maladie obligatoire, réservé aux militaires, et géré par la *Military Medical Insurance* (MMI). **En 2009, la MMI couvrait 100 000 personnes, soit environ 1.1% de la population rwandaise.** En outre, il s'agit d'un système contributif (cotisations salariales à hauteur de 22.5% du salaire dont 17.5% à la charge de l'Etat-employeur), qui verse les mêmes prestations que la RAMA.

2 – LA POLITIQUE DU GOUVERNEMENT RWANDAIS POUR LA CONSTRUCTION DU SOCLE DE PROTECTION SOCIALE

Comme décrit ci-dessus, le régime de sécurité sociale du Rwanda couvre les risques majeurs, à savoir les risques professionnels, la famille, et la maladie. Cependant, comme on l'a vu, les taux de couverture restent assez faibles puisque seulement 10% de la population active bénéficie des prestations de la CSR, et 3.6% de la couverture maladie, *via* la RAMA ou la MMI. Or, les données fournies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

montrent que 76% de la population vit encore avec moins d'1.25\$ par jour. L'objectif de réduction de la pauvreté qu'ont fixé les pouvoirs publics doit donc passer par la construction d'un véritable socle de protection sociale, à destination de l'intégralité de la population. Or, à cet égard, plusieurs réformes importantes ont été menées pendant les dernières années, surtout dans le domaine de la santé.

A / LA SANTÉ : L'ENVOI DU SYSTÈME COMMUNAUTAIRE DE PROTECTION SOCIALE

QUELQUES DONNÉES SUR LE PROFIL SANITAIRE DU RWANDA (2012)

| | |
|---|------------|
| Population totale | 11.458.000 |
| Revenu national brut par habitant (\$ PPA) | 1.320 |
| Espérance de vie à la naissance h/f | 63/66 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | 55 |
| Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (en %) | 2.9 |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$) | 144 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 10.7 |

Face au défi que représente la santé, le Rwanda a mis en place dès 2004 une « Politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda ». La stratégie choisie était d'élaborer un partenariat solide avec le tissu mutualiste, qui s'était déjà développé dans le pays depuis le début des années 1990, afin d'assurer une couverture maladie universelle à toute la population. Après avoir engagé trois districts dans une première expérience dès 1999, le Ministère de la Santé a mis en place en 2005 une Cellule d'Appui Technique aux Mutuelles de Santé (CTAMS), afin d'offrir un soutien aux trente districts qui devaient renforcer ou créer les mutuelles de santé communautaires, et ce partout sur le territoire. Le 30 décembre 2007 est adoptée une loi rendant obligatoire l'affiliation de tous les rwandais à une mutuelle de santé.

Au niveau de l'organisation (voir le graphique ci-contre), le système est décentralisé. Une mutuelle de santé est établie dans chacun des 30 districts administratifs du Rwanda. Puis, chaque mutuelle est subdivisée en d'autant de sections (secteurs) qu'il y a de centres de santé agréés dans le district (chaque centre correspondant à environ 150 000 bénéficiaires). Enfin, chaque secteur se subdivise en cellules. Or, et cela a constitué un élément clef de réussite du programme, à chaque niveau de la pyramide, les acteurs participent pleinement à la politique de santé. Ainsi, par exemple, les districts signent des contrats d'objectifs avec l'Etat, et chaque mutuelle dispose d'un comité élu, dont les membres siègent dans les conseils d'administration des hôpitaux. **Cependant, malgré leur grande autonomie, les mutuelles de santé sont obligées de couvrir un certain nombre de prestations, en échange du soutien de l'Etat :** elles

offrent le paquet minimum d'activité (PMA) au niveau des centres de santé, et le paquet complémentaire d'activité (PCA) au niveau des hôpitaux de district. Le paquet tertiaire d'activité (PTA) est accessible au niveau national, dans les deux hôpitaux de référence (voir graphique). Ainsi, chaque rwandais a accès aux soins primaires, secondaires, et tertiaires.

Le financement des mutuelles de santé provient principalement des cotisations des membres. L'Etat en a fixé le montant à 2000 RWF par an et par adhérent, répartie comme suit : 1000 RWF à charge du bénéficiaire (moins de 2\$), et 1000 RWF à charge d'un *Fonds National de Garantie des Mutuelles de santé* (FNGM). Aussi, un ticket modérateur de 200 RFW au niveau des centres de santé et de 10% du coût d'hospitalisation au niveau des districts a été imposé. A savoir que le FNGM, en plus de participer au paiement des contributions des assurés, remplit d'autres fonctions : il paie les factures des affiliés aux mutuelles qui ont bénéficié de soins médicaux dans des hôpitaux nationaux de référence, et il vient en aide aux mutuelles de santé en difficulté financière. Il est lui-même financé par des subventions de la RAMA, de la MMI, et de chaque établissement privé d'assurance maladie opérant dans le pays (pour chaque établissement, la subvention est égale à 1% des fonds récoltés chaque année). Ce type de financement, qui constitué des taxes sur les salaires, permet donc d'opérer une solidarité entre les travailleurs du secteur formel et ceux du secteur informel. Aussi, 13% du budget ordinaire annuel du Ministère de la Santé lui est reversé. Enfin, le FNGM est financé par des donateurs.

Afin de financer l'ensemble du système, il a également été prévu qu'une partie des

cotisations touchées par les mutuelles soient reversée aux districts. De même les districts doivent reverser une partie de leurs collectes au fonds national. Cependant, le montant des versements accordés aux niveaux supérieurs est si faible, que la plupart des fonds sont en déficit, d'où le besoin permanent d'autres financements,

notamment en provenance de l'Etat, et des bailleurs de fonds internationaux.

Aujourd'hui, 90% de la population est couverte par le réseau mutualiste. L'espérance de vie à la naissance est passée de 47 ans en 2000 à 63 ans en 2012.

B / AUTRES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

En marge du système mutualiste de santé, le gouvernement rwandais a mis en place un certain nombre de programmes visant à réduire la pauvreté dans le pays, et dont le plus prometteur est sans doute le *Vision 2020 Umurenge Program* (VUP), dont l'objectif est de supprimer l'extrême pauvreté au Rwanda d'ici 2020. En application depuis 2008, il comporte trois axes majeurs : un transfert monétaire pour les personnes étant dans l'incapacité de travailler, la création d'opportunités d'emploi dans le domaine des travaux publics, et l'accès aux services de microfinance. Chaque année, un secteur par district est rajouté au programme (30 secteurs en 2008, 60 en 2009, etc.).

D'autres programmes sont en cours de déploiement ou en étude, comme les mesures visant à supprimer les frais d'inscription dans les écoles primaires, ou encore les fonds destinés aux survivants du génocide de 1994 (FARG).

En conclusion, face au défi de la protection sociale, le Rwanda semble fortement engagé.

En témoigne la mise en œuvre du système communautaire de protection sociale, qui a été possible grâce à des solutions innovantes, et à une véritable volonté politique. Cependant, beaucoup de défis restent à relever au Rwanda : la majeure partie de la population ne bénéficie toujours pas de couverture sociale pour les autres risques que la maladie, à savoir la famille, le chômage, la vieillesse, etc. De plus, si la stratégie choisie pour le financement du système communautaire de protection sociale devait permettre de rassembler en un seul fonds l'ensemble des cotisations payées dans le pays afin de garantir une protection maximale vis-à-vis des risques, les montants transférés par les mutuelles sont si peu élevés que le système reste aujourd'hui majoritairement financé par l'Etat, et par l'aide internationale (en 2006, la part de l'assurance santé financée par l'aide internationale s'élevait à 53 %). Le Rwanda fait donc face à un défi important : celui d'assurer la stabilité financière du programme sur le long terme, notamment en renforçant les capacités contributives de la population

Sources

- Rwanda National Health Insurance Policy, Kigali, Avril 2010
- Rwanda, Success Stories – Building from the bottom, steering and planning from the top
- Décret-loi du 22 août 1974, tel que modifié par la loi du 22 mars 2003, portant organisation de la sécurité sociale
- WSM, Rapports sur les Droits Economiques Sociaux et Culturels - Etude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi
- National Social Protection Strategy, Ministry of Local Government, Janvier 2011.

LE MAROC



Le système de protection sociale du Maroc se compose de 4 régimes nationaux, 8 mutuelles et régimes privés et d'un régime volontaire géré par les employeurs. Ces derniers couvrent les salariés des secteurs public et privé pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, accidents du travail et maladie professionnelles et offrent des prestations familiales.

Malgré cet ensemble de dispositifs, la sécurité sociale marocaine n'offre toutefois qu'une couverture restreinte laissant une partie de la population à la marge. Les pouvoirs publics envisagent par conséquent des réformes pour améliorer l'efficacité du système, notamment en matière de pensions, de chômage et de couverture maladie. L'assurance maladie obligatoire (AMO) et le Régime

d'assistance médicale (RAMED) instaurés en 2002 constituent des programmes phares en faveur de cette extension.

1 – ETAT DES LIEUX DES DISPOSITIFS DE PROTECTION SOCIALE AU MAROC

A / CONTEXTE ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

Avec un IDH de 0. 591, le Maroc se situe au 130ème rang du classement 2012 des Nations-Unies.

Suite aux « *révolutions arabes* » débutées en 2011, cette monarchie constitutionnelle a connu d'importants changements sur les plans politique et social au nombre desquels l'adoption d'une nouvelle Constitution et diverses réformes économiques, sociales et de gouvernance.

La croissance économique marocaine est variable et fortement dépendante de la météorologie. Ainsi malgré un regain de croissance (4%) en 2013 sous l'impulsion de la production agricole, le taux de chômage demeure élevé (9%), le chômage des jeunes en milieu urbain s'élevant à plus de 35%, et le Maroc connaît toujours un système de subventions généralisées élevées (4,5% du PIB).

Si le pays a enregistré d'importantes avancées en termes de réduction de la pauvreté absolue (passée de 15,3% à 9% entre 2001 et 2007), les situations de vulnérabilité économique demeurent largement répandues, 1/4 de la population vivant dans la pauvreté, particulièrement dans les zones rurales.

Depuis les années 2000, en particulier avec l'initiative royale (INDH) lancée en 2005, **le Maroc a entrepris un vaste chantier de réformes sociales**, ciblant plus spécifiquement le secteur de la santé.

Depuis, les indicateurs sociaux se sont améliorés, bien que d'importantes disparités entre les sexes demeurent, comme en témoigne les taux élevés de mortalité maternelle et d'analphabétisme parmi les femmes ainsi que la faible participation féminine à la vie active.

Le Maroc figure cependant parmi les 9 pays de la région OMS à avoir adopté un plan national en faveur de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en 2013 et a déjà accompli des progrès notables en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile (les taux ayant chuté respectivement de 67% et 60% entre 1990 et 2011), l'objectif visé étant une réduction de 82% et 70% par rapport au taux enregistrés en 1990.

L'amélioration et l'extension de la couverture médicale constituent l'un des piliers du développement humain et social prôné par le Roi Mohammed VI, identifié comme une priorité en termes de réformes urgentes à mettre en œuvre.

B / ORGANISATION GÉNÉRALE DU SYSTÈME MAROCAIN DE PROTECTION SOCIALE

Le système marocain de protection sociale trouve ses origines dans le protectorat français (dahir 1927 et 1928).

Il en a résulté un système au cadre réglementaire hétéroclite avec une structure institutionnelle diversifiée, aujourd'hui régi principalement par deux caisses : la CNSS (Caisse nationale de sécurité sociale) et la CNOPS (Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale), couvrant respectivement les salariés des secteurs privé et public.

Deux autres régimes de moindre envergure, le RCAR (Régime collectif d'allocations de retraite) et la CMR (Caisse marocaine de Retraite) offrent respectivement des régimes de retraite aux fonctionnaires locaux et travailleurs temporaires et des régimes de retraite non contributifs, notamment aux anciens combattants de la résistance, des pensions civiles et militaires d'invalidité, ainsi que d'autres paiements « spéciaux » amenés à disparaître.

Le régime marocain de protection sociale couvre donc les salariés des secteurs public et privé contre les risques de maladie/maternité, invalidité, vieillesse, décès et leur délivre des prestations familiales. Le financement du régime est assuré par une contribution patronale et salariale assise sur les salaires (Consulter les taux de cotisation au 1er janvier 2014 sur le site du CLEISS). Depuis le 1er juillet 2012, le salaire horaire minimum brut est de 12,24

dirhams, soit 1,09€. La durée légale de travail hebdomadaire est de 44 heures pour les activités non agricoles.

Les salariés du régime public sont gérés par la caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS) et ceux du régime privé par la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS). Les employeurs sont tenus de s'affilier à la CNSS au plus tard 30 jours après l'embauche du premier salarié. Ils doivent en outre déclarer régulièrement à la CNSS le montant mensuel du salaire versé et le nombre de jours travaillés par leurs salariés. Une carte d'immatriculation est délivrée aux intéressés.

Afin de faciliter les démarches des entreprises, la CNSS a mis en place un portail internet gratuit permettant la télé-déclaration (via des échanges de formulaires ou de données) et le paiement des cotisations sociales.

La CNSS est également chargée du recouvrement de la taxe de formation professionnelle et de son versement à l'office de la formation professionnelle et de la promotion du travail. Cette cotisation au taux de 1,6 % à la charge de l'employeur est versée sur la totalité du salaire sans plafond. Le 23 juillet 2013, un projet d'indemnité pour perte d'emploi a été adopté. Ce dispositif d'assurance chômage devrait être mis en place en 2014.

2 – DEPUIS 2002, LE DROIT A LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE A ÉTÉ ÉTENDU

QUELQUES DONNÉES SUR LE PROFIL SANITAIRE DU MAROC (2012)

| | |
|--|------------|
| Population totale | 32.521.000 |
| Revenu national brut par habitant (\$ PPA) | 5.060 |
| Espérance de vie à la naissance h/f | 69/73 |
| Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes) | 31 |
| Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (en %) | 0.1 |
| Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$) | 340 |
| Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB | 6.4 |

Deux régimes de la couverture médicale de base (CMB) ont été instaurées en 2002 afin

d'étendre la couverture maladie : l'Assurance maladie obligatoire (AMO), régime

contributif pour l'ensemble des personnes exerçant une activité lucrative (salaire mensuel supérieur à 500 dirhams, environ 50€), les titulaires de pension, les anciens résistants et membres de l'armée de

libération et les étudiants, et le Régime d'assistance médicale aux personnes économiquement démunies (RAMED), programme d'assistance médicale pour les personnes pauvres et vulnérables.

A / L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Depuis son entrée en vigueur en 2006, la CNSS gère l'assurance maladie obligatoire (AMO) pour les salariés et les titulaires d'une pension d'un montant minimum (500 dirhams/mois).

L'affiliation à l'AMO est obligatoire pour les entreprises qui sont assujetties au régime de sécurité sociale et qui ne disposaient d'aucun système de couverture médicale facultative à la date d'entrée en vigueur de l'AMO.

Quant à celles disposant d'une couverture médicale de groupe avant le démarrage de l'AMO, elles sont exonérées partiellement du paiement de la cotisation et peuvent maintenir la couverture médicale facultative pendant une période de 5 ans renouvelable.

Dans tous les cas, l'ensemble du personnel doit être couvert par le même dispositif. Une cotisation de 1,5 % sur l'ensemble des salaires est à la charge de l'employeur quelle que soit l'entreprise (cotisation de solidarité).

Les employés du secteur public doivent s'immatriculer à la CNOPS afin de pouvoir bénéficier des prestations de l'AMO. L'entreprise est libre d'ajouter à cette assurance de base une couverture complémentaire.

En termes de gouvernance, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) a été désignée pour assurer l'encadrement technique de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et la gestion des ressources du Régime d'Assistance Médicale (RAMED).

Les prestations en espèces (indemnités journalières)

La cotisation à l'AMO s'élève à 4% de la masse salariale également répartie entre les cotisations patronales et salariales.

Les prestations sont servies à partir du 4^e jour d'arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident (autres que les maladies professionnelles et les accidents du travail) et pour une période de 52 semaines maximum

au cours des 2 ans qui suivent le début de l'incapacité.

Elles s'élèvent aux deux tiers du salaire moyen mensuel de l'assuré et ne peuvent être inférieures aux 2/3 du salaire minimum légal.

En cas d'accident, aucune condition de période de cotisation n'est requise. En cas de nouvel arrêt maladie, l'assuré doit ensuite avoir cotisé pendant une période minimum de 6 jours de cotisations avant d'avoir de nouveau droit à des indemnités journalières.

Les prestations en nature

L'AMO assure un large panier de soins comprenant :

- Une prise en charge ou un remboursement selon la tarification et le taux en vigueur, du suivi de la maternité et de l'ensemble des prestations médicales concernant l'enfant de moins de 12 ans ;

- Une couverture à 70% de la tarification nationale de référence des consultations médicales délivrées par des généralistes (40 dirhams) ou des spécialistes (60 dirhams), les analyses biologiques, les actes de radiologie, la rééducation fonctionnelle et kinésithérapie, les actes paramédicaux, la lunetterie ainsi que les médicaments admis au remboursement, de même que l'hospitalisation et les soins ambulatoires liés à cette hospitalisation prodigués par le secteur privé (90% pour les hôpitaux publics). Depuis février 2010, sont également inclus les soins ambulatoires et dentaires, les appareils de prothèse et d'orthèse, les dispositifs médicaux ou implants nécessaires à l'accomplissement de l'acte médical, y compris les actes de chirurgie réparatrice.

- Une prise en charge à plus de 90% des prestations de soins concernant des maladies graves ou invalidantes dispensées dans des services publics de santé et une exonération partielle ou totale du reste à charge en cas

d'affections longues et coûteuses (ALC) et d'affections de longue durée (ALD).

Les salariés cotisant à la Sécurité sociale marocaine peuvent également adhérer en parallèle à une mutuelle ou auprès d'un assureur privé.

L'AMO a fourni une assurance maladie à 1,6 millions de salariés du secteur privé

non couverts, atteignant selon les derniers chiffres de l'ANAM 7,6 millions de bénéficiaires parmi les employés des secteurs public et privé. Néanmoins une part importante de la population demeure exclue de l'assurance maladie puisque l'AMO ne concerne aujourd'hui que 30% de la population avec les ayants-droits.

B / LE RÉGIME D'ASSISTANCE MÉDICALE AUX PERSONNES ÉCONOMIQUEMENT DÉMUNIES

Les personnes qui bénéficient d'un revenu annuel égal ou inférieur à 5.650 dirhams par personne composant le ménage sont couvertes par le régime d'assistance médicale (RAMED), sous condition de résidence.

Fondé sur les principes d'assistance sociale et de solidarité, le RAMED propose une prise en charge totale ou partielle d'actes médicaux pratiqués dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat, au profit des personnes économiquement vulnérables ne disposant pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux soins. La contribution annuelle des personnes en situation de vulnérabilité se limite à 120 DH (10€) par personne et dans la limite d'un plafond de 600 DH (54€) par ménage.

Les personnes en situation de pauvreté (revenu annuel inférieur ou égal à 3.767 DH) bénéficient gratuitement du RAMED. Dans le milieu agricole, d'autres critères relatifs à l'exploitation agricole sont pris en compte.

Le panier de soins offert est aussi large que celui de l'AMO. Ces actes sont assurés sur présentation de la carte RAMED délivrée par les autorités locales (validité de 3 ans). Les points d'entrée sont les centres de santé avec une consultation obligatoire auprès du médecin généraliste sauf cas urgents traités directement à l'hôpital. 3 milliards de dirhams ont été alloués au RAMED en 2012.

Lancé en 2011 après une expérience pilote dans la région Tadla Azilal en 2008, le

RAMED a été généralisé en 2013. Il compte aujourd'hui 5,5 millions de bénéficiaires et vise à assurer une couverture médicale à 28% de la population, soit 8,5 millions de personnes et près de 160 000 bénéficiaires légaux parmi les pensionnaires des centres de protection sociale, établissements pénitentiaires et personnes parrainées par l'Etat

Malgré l'ensemble des dispositifs exposés dans cette fiche, la couverture des risques sociaux au Maroc demeure insuffisante et inégalitaire. Par ailleurs, des défis persistent en termes d'extension de la couverture des soins de santé, d'équilibre budgétaire des régimes de retraite et de bonne gouvernance du système.

Le Maroc doit aussi faire face à plusieurs défis économiques afin d'assurer une protection sociale efficace à sa population :

- Assurer un lien entre la forte croissance économique et la création d'emplois et la garantie de flux de cotisations dans les caisses d'assurance
- Intégrer les travailleurs de l'économie informelle dans le système de sécurité sociale
- Renforcer le financement du système et réduire la vulnérabilité de la population.
- Réformer le cadre législatif et réglementaire – afin d'assurer une meilleure équité du système.

Sources

- Fiche synthétique sur le système de santé et de protection sociale au Maroc, GIP SPSI

ANNEXE

Le cas de deux pays francophones non africains : la Grèce et la France

LA GRÈCE

(Extrait de l'avis du CES Grec sur « le filet social de sécurité pour la préservation de la cohésion de la société, propositions et mesures pour une politique »)



Le contexte économique et social en Grèce est fortement marqué par la grave crise de la dette publique qu'a connue le pays à partir de 2010. Des rapports émanant d'institutions internationales et d'organisations caritatives (Nations unies, Oxfam, Croix-Rouge internationale, Unicef, etc.), comme aussi du Parlement européen ou du Conseil de l'Europe, ont en effet fait le constat que d'économique, la crise est rapidement devenue sociale et humanitaire.

Dans un récent avis sur « le filet social de sécurité pour la préservation de la cohésion de la société, propositions et mesures pour une politique », le CES grec estime que la situation dramatique dans laquelle se trouve actuellement la protection sociale oblige à reconfigurer, de manière efficace, l'ensemble de la stratégie nationale visant à lutter contre la pauvreté, la marginalisation d'un nombre toujours plus élevé de citoyens et l'exclusion sociale.

1 – LES RETOMBÉES SOCIALES DE LA CRISE : LE NOUVEAU PAYSAGE

Les ajustements des finances publiques qui ont constitué la réponse de la Grèce à la crise qui la touche depuis 2010 ont eu de fortes répercussions sociales.

D'abord, le taux de chômage, multiplié par quatre sur les cinq dernières années, a atteint 28%, touchant au premier chef les jeunes et les chômeurs de longue durée. Cette évolution a eu, selon le CES grec, des effets particulièrement sévères sur la pérennité des régimes de protection sociale et de retraite.

Par ailleurs, comme le montrent les dernières statistiques officielles disponibles, le pourcentage de la population qui est confrontée à un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale a atteint 34,6% de la population, contre 28,1% en 2008. Les taux de pauvreté les plus élevés s'observent dans les familles parentales dont un membre est dépendant (66%), ainsi que chez les femmes, les jeunes de la tranche 18 à 24 ans et les personnes à faible niveau d'instruction. Bien plus rude encore est la réalité qui se cache derrière ces statistiques, dans la mesure où la baisse du PIB par habitant ayant également entraîné celle du seuil de pauvreté, des personnes qui, récemment encore, étaient rangées parmi les pauvres ne sont désormais plus considérées comme vivant dans des conditions de pauvreté.

Le CESE grec a également fait part de sa vive inquiétude face à l'augmentation du nombre d'enfants en bas âge qui vivent dans des conditions de pauvreté, les effectifs de cette catégorie ayant doublé selon un rapport de l'Unicef. 16,4 % des mineurs (322 000 enfants) vivent dans des familles soumises à une "privation matérielle grave" et apparaissent plus vulnérables au risque d'exclusion sociale.

Parallèlement, la crise a mis en évidence de nouvelles formes de pauvreté, comme le sans-abrisme, la précarité énergétique, l'exclusion financière, qui est l'impossibilité d'accéder à des services bancaires de base et au crédit, ou encore le surendettement des ménages, les femmes étant davantage exposées aux risques sociaux que les hommes. Par ailleurs, les catégories les plus sensibles au sein de la population, comme le troisième âge, en particulier les très âgés et les femmes, les ménages qui ont beaucoup d'enfants, les personnes handicapées, celles qui souffrent de maladies chroniques rares, les familles monoparentales, celles qui ont de faibles revenus, les immigrants et certaines minorités nationales, tels que les Roms, sont touchées de manière disproportionnée par toutes sortes de formes de privations.

2 - LE CADRE INSTITUTIONNEL ET LES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALE EN GRÈCE

L'examen du cadre institutionnel existant en Grèce montre que le droit individuel à l'aide sociale s'inscrit et se meut dans le champ de l'ordre juridique national, étant donné que

des dispositions concrètes qui peuvent en constituer les axes se trouvent contenues dans la Constitution en vigueur.

A / LE CONTENU DES INTERVENTIONS EXISTANTES

Du point de vue du contenu, les interventions existantes se répartissent en cinq grandes catégories :

- Des programmes de subventions, régulières ou ponctuelles, pour les individus ou les familles dépourvus de ressources suffisantes ou présentant des besoins accrus: i) des programmes de revenu minimal garanti général , ii) des programmes catégoriels de primes d'aide , iii) des programmes de primes d'aide aux chômeurs, à des fins d'assistance, iv) des programmes de prise en charge publique , v) des programmes d'abattements fiscaux et vi) des allocations globales à la population
- Des programmes de services sociaux pour des catégories spécifiques, à l'intention des enfants et des jeunes, ainsi que des personnes handicapées, âgées ou confrontées à un risque élevé de marginalisation sociale comme les sans-abri, les femmes maltraitées, les

ex-détenus, les réfugiés, les migrants, les Roms, etc.

- Des programmes de soins médico-pharmaceutiques pour les pauvres non couverts par la sécurité sociale et pour les chômeurs qui ont épuisé leurs droits à des indemnités classiques de chômage ou ne peuvent y prétendre,
- Des programmes d'accès aux biens essentiels, et aux services

B / LES ACTEURS MAJEURS DU SYSTÈME D'AIDE SOCIALE

Au niveau de l'administration centrale, les grands acteurs responsables d'organiser et de faire fonctionner le système d'aide sociale sont essentiellement le ministère du travail, de la sécurité sociale et de l'aide sociale, celui de la santé, celui de l'économie - qui finance des actions de protection sociale pour des familles à faibles revenus - et celui du développement rural et de l'alimentation, qui met œuvre des programmes de distribution gratuite de vivres aux personnes démunies. Par le truchement du secrétariat général à la population et à la cohésion sociale, le ministère de l'intérieur exerce quant à lui des

compétences concernant la conception et la coordination des politiques publiques dans le domaine de l'intégration sociale des migrants.

Les communes assument elles aussi d'importantes attributions en matière d'assistance, en vertu de la législation sur les organismes de l'autonomie locale. Les compétences dont les organes de l'autonomie locale disposent en la matière sont cependant strictement limitées aux conditions locales, c'est-à-dire à des facteurs relatifs aux circonstances qui, sur place, sont propres à

chaque collectivité et n'ont pas d'incidence sur le reste du pays.

Néanmoins, étant donné que le régime grec d'aide sociale ne peut dégager de ressources suffisantes pour entretenir toutes les personnes qui se trouvent dans le besoin, les instances publiques élaborent et promeuvent,

pour lutter contre la pauvreté dans le pays, des politiques d'aide au revenu dont l'exécution se réalise au moyen de "programmes catégoriels" visant les catégories vulnérables au sein de la population, à trois niveaux, à savoir l'administration centrale, les collectivités régionales et les instances de l'autonomie locale.

C / INITIATIVES SUPPLÉMENTAIRES LANCÉES PENDANT LA PÉRIODE 2010-2013

Pendant la période 2010-2013, les politiques de protection en faveur des catégories vulnérables qui ont été développées dans le cadre de l'application des mémorandums de stabilisation budgétaire de l'économie grecque se sont concentrées autour d'un certain nombre d'initiatives représentatives:

- A été instaurée une disposition en faveur des catégories vulnérables au sein de la population, en exemptant les chômeurs de longue durée et à faibles revenus du paiement de droits spécifiques, tandis que l'article 2, paragraphe 7, de la loi 4047/2012, tel que complété par l'article 2, paragraphe 9, de la loi 4047/2012, instaure des possibilités de déroger aux procédures de coupure d'électricité pour non-paiement de redevances.
- A été créée une allocation non contributive, d'un type ressortissant à l'aide sociale, pour les chômeurs de longue durée à bas revenus, tandis que le sous-paragraphe IA du même article établit une autre allocation d'assistance sous la forme d'une indemnité répondant à des critères de revenus faibles (prime unique de soutien aux enfants, EEST).
- A été mise à disposition, en faveur des familles qui ont à charge trois enfants ou plus et sur la base de critères de revenus, une nouvelle allocation d'aide sociale, qui revêt la forme d'une prime spécifique pour le troisième desdits enfants et au-delà et se substitue aux

subventions qui étaient allouées précédemment à l'ensemble des cellules familiales de ce type, à titre de mesures incitatives pour le redressement démographique, tandis que l'article 75, paragraphe 3, étend le régime de protection contre le risque de maladie à des catégories de chômeurs qui n'ont pas droit à l'indemnité classique de chômage.

- Une loi a établi que les chômeurs de longue durée et démunis sont dispensés du versement obligatoire de la contribution spéciale extraordinaire sur les biens immobiliers, qui a remplacé la redevance pour les superficies bâties raccordées au réseau électrique.

Cependant, l'intervention institutionnelle la plus significative réside dans le lancement expérimental, à partir du 1er janvier 2014, d'un **programme de revenu minimal garanti dans deux régions du territoire grec**, présentant des caractéristiques socio-économiques différentes.

3 – LES PROPOSITIONS DU CES GREC

A / LES PRINCIPALES LACUNES DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE EN GRÈCE

Dans son avis, le CES relève des lacunes majeures en matière de politiques sociales, la principale étant **l'absence d'un revenu minimal garanti**. C'est seulement en 2008 qu'a été tentée pour la première fois, à l'initiative de la Caisse nationale pour la cohésion sociale (ETKS) , la mise en place d'une législation spécifique sur le "seuil de pauvreté relative" afin de définir le champ d'application des programmes d'aide économique aux personnes et ménages à faible revenu. Cependant, l'ETKS a été supprimée après le début de la crise économique.

Le CES considère également que **tout régime fiscal est un outil clé pour exercer la justice sociale** et mettre effectivement en œuvre l'égalité entre citoyens. La protection sociale la plus fondamentale est celle qui est exprimée dans l'article 4, paragraphe 5, de la Constitution: "Les Grecs contribuent sans distinction aux charges publiques en proportion de leurs moyens". Malgré cela, l'année en cours (2014) voit **l'abrogation du seuil d'abattement d'impôt applicable à chaque enfant**, ce qui constitue une dissolution du filet de protection sociale pour les familles avec enfants et alourdit la charge fiscale qu'elles doivent assumer proportionnellement au nombre d'enfants.

Pour ce qui concerne les programmes d'aide aux revenus, le CES souligne le principal "inconvenient intrinsèque" qu'ils recèlent, à savoir qu'ils perpétuent les inégalités entre les groupes-cibles, puisque chaque programme prévoit des conditions différentes de droit d'accès aux prestations.

Le CES reconnaît que le système de sécurité sociale est excessivement grevé par le vieillissement de la population en Grèce, qui s'opère à un rythme très rapide ; c'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'établir d'urgence des **incitations démographiques claires, sans critères de revenus, qui permettront de ralentir le rythme de la réduction de population** et, à terme, d'augmenter le nombre de familles nombreuses en Grèce afin de relever en temps utile le défi démographique sans qu'il y ait d'impacts négatifs sur l'assurance sociale, les dépenses de santé et de soins, etc.

Enfin, le CES est conscient de l'importance du bénévolat et de la philanthropie pour résoudre les problèmes engendrés par la crise dans la société grecque, mais il estime cependant que les politiques de protection sociale relèvent principalement et avant tout de l'État, pour qui le maintien et le renforcement de la cohésion sociale doit être une priorité indiscutable.

B / LES PROPOSITIONS DU CES POUR UNE STRATÉGIE NATIONALE

Face à la dégradation du niveau de vie et à l'inadéquation du système actuel de protection social en Grèce, le CES a fait les préconisations suivantes :

- Mise en place d'un système général de revenu minimum pour chaque personne qui est sans emploi et est incapable de s'assurer par ses propres moyens un niveau de vie décent;
- Etablissement d'un programme spécial de couverture pour les personnes pauvres sans emploi et sans assurance sociale, pour répondre à leurs besoins propres;
- Restauration immédiate du seuil d'abattement d'impôt pour chaque enfant à charge dans le cadre de l'impôt sur le revenu des personnes physiques, en tenant davantage

compte de l'exigence pour l'État de prêter attention aux familles nombreuses, comme le garantit la Constitution dans son article 21;

- Mise en place de mesures et d'incitations d'ordre démographique pour encourager la natalité dans notre pays et augmenter le nombre de familles nombreuses, afin d'éviter tant

qu'il est temps un effondrement démographique;

- Réduction de la TVA sur tous les produits de base destinés aux nourrissons et aux enfants, tels que, entre autre, le lait, les couches, les fournitures scolaires, en surveillant le marché pour garantir que la réduction soit effectivement un avantage pour les familles.

C / POSITIONS DU CES CONCERNANT L'INTRODUCTION D'UN REVENU MINIMAL GARANTI ET D'AUTRES MESURES DE PROTECTION SOCIALE

Dans son avis, le CES se déclare absolument en accord avec le récent avis (du 10/12/2013) du Comité économique et social européen, lequel affirme que: *"l'instauration d'un revenu minimum européen contribuera à assurer la cohésion économique et territoriale, à protéger les droits fondamentaux de la personne, à garantir un équilibre entre les objectifs d'ordre économique et d'ordre social et à redistribuer équitablement les ressources et les revenus"*.

Le CES note toutefois que le système général de revenu minimum ne doit pas être un système unidimensionnel consistant à verser des prestations sous forme d'argent, mais consister en un programme complet d'interventions sociales, reposant sur trois piliers:

- La fourniture, institutionnellement garantie, de prestations sociales d'aide au revenu, qui assurent à chaque citoyen pauvre un seuil garanti et décent de subsistance;
- Un paquet de services de soins de qualité pour les personnes confrontées à des problèmes supplémentaires en raison de l'âge, de la maladie ou du handicap;
- Une grille de programmes d'activation et d'encouragement à entrer sur le marché du travail, pour les chômeurs

qui sont capables de travailler et disponibles pour l'emploi.

Dans ce contexte, la mise en place de ce système doit constituer un "virage actif" des programmes d'aide au revenu, en associant le versement de prestations à l'intégration dans l'emploi.

Parallèlement à l'introduction du système général de revenu minimum garanti pour les groupes vulnérables, le CES estime dans son avis qu'il faut prendre des mesures supplémentaires pour atténuer la probabilité qu'une partie de la population soit, de manière prolongée, prise au piège du risque de pauvreté et d'exclusion. Ces actions doivent couvrir tout le spectre de la politique sociale, depuis le fait d'assurer un niveau décent de subsistance (logement et alimentation) jusqu'à la couverture des besoins essentiels en matière de santé et d'éducation

Logement

Le CES propose d'abroger la taxe immobilière sur la résidence principale; et dans le cas des familles nombreuses ou recomposées, il propose de les exempter entièrement de la taxe foncière uniforme (ENFIA) sur la résidence principale, en tenant compte des besoins de chaque famille en matière de logement.

Le CES grec recommande également de créer des logements au moyen de programmes spécifiques, afin de répondre à la demande et de couvrir les besoins des indigents et des sans-abri en matière de services et de soins. Enfin, il propose d'exempter les groupes sociaux vulnérables de la taxe sur les énergies renouvelables et d'autres types de charges.

Faciliter l'accès aux services de base

Sur la question de l'accès aux services de base, le CES grec préconise de fournir des soins de santé universels pour les chômeurs de longue durée et les plus démunis, de disposer des sommes qui ont été récupérées par la rationalisation du système d'assurance et le remboursement de financements illégaux, afin de couvrir les dépenses de protection sociale (surtout de santé et d'aide sociale) et de développer des programmes de responsabilité sociale des entreprises, en mettant l'accent sur l'économie sociale de niveau local (municipalités, entreprises, Église).

LE SYSTÈME FRANÇAIS DE SANTÉ ET DE PROTECTION SOCIALE

Des savoir-faire reconnus au service de la coopération



Le système français de santé et de protection sociale présente plusieurs originalités, qui tiennent pour une bonne part à son histoire. Aux mécanismes d'assistance publique et de prévoyance s'est progressivement substitué un système d'assurances sociales, mis en place à la fin du XIXe siècle et dans la première moitié de XXe siècle. Mais la protection sociale, dans sa forme actuelle, est née aux lendemains de la Seconde Guerre mondiale. Elle est issue des réflexions menées dans la Résistance pour reconstruire la France après le conflit. Le droit à la protection sociale est d'ailleurs reconnu, depuis 1946, dans le préambule de la Constitution française.

Le système français de santé et de protection sociale dispose de nombreux savoir-faire. Ceux-ci font d'ores et déjà l'objet d'actions d'échanges et de coopération avec des Etats ou des organismes de protection sociale. Sans prétendre à l'exhaustivité, voici quelques domaines dans lesquels le système français possède une expertise et un savoir-faire reconnus au plan international.

1 - LES GRANDS PRINCIPES DU SYSTÈME FRANÇAIS DE SANTÉ ET DE PROTECTION SOCIALE

A / LES QUATRE GRANDS PRINCIPES

Même s'ils ont été adaptés au fil du temps, les grands principes du système français de protection sociale mis en place progressivement depuis sa création restent valables aujourd'hui :

- **L'universalité** : l'ensemble des nationaux et des résidents sont couverts par le système et l'adhésion aux organismes de protection sociale est obligatoire.

- **La globalité** : le système français couvre l'ensemble des aléas de la vie (santé, maternité, vieillesse, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, prestations familiales, dépendance, ainsi que le chômage qui

- **La solidarité** : le système français de protection sociale est issu des assurances professionnelles mises en place avant la Seconde Guerre mondiale. Mais il combine aujourd'hui cette approche assurantielle - avec en particulier des cotisations assises sur les revenus du travail - et des dispositifs reposant sur la solidarité et un financement collectif (comme par exemple le minimum vieillesse).

- **La gestion paritaire** : la quasi-totalité des organismes de protection sociale sont gérés par des représentants des assurés et des employeurs (ou ceux des professions indépendantes ou des exploitants agricoles). Les organismes sont placés sous la tutelle de l'Etat.

B / LES CARACTÉRISTIQUES DU SYSTÈME

Plus de 60 ans après sa création, le système français de protection sociale a largement fait ses preuves et intéresse de nombreux Etats et organismes étrangers. Il présente en effet plusieurs caractéristiques originales :

- Une organisation en branches (maladie, famille, vieillesse...) et en régimes

professionnels qui permet de prendre en compte les spécificités des différents secteurs professionnels, même s'il existe depuis plusieurs années une tendance à la convergence. Quatre régimes - ceux des travailleurs salariés, de la fonction publique, des travailleurs indépendants et des

agriculteurs - regroupent cependant l'essentiel des assurés.

- Un système qui combine une gestion à base professionnelle et une définition des grands équilibres par le Parlement.

- Un financement reposant très largement sur des cotisations et des contributions sociales ainsi que sur l'impôt.

- Un système regroupant à la fois des prestations assurantielles et des minima

sociaux reposant sur la solidarité nationale, ainsi qu'un important volet d'action sociale.

- Un système qui s'est profondément modernisé dans son fonctionnement, notamment avec l'informatisation et la dématérialisation des échanges.

- Un système spécifique de formation des cadres de santé et de ceux de la protection sociale.

2 - LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME FRANÇAIS DE PROTECTION SOCIALE

A / L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS ET L'ASSURANCE MALADIE

La France mène depuis quelques années une réforme de son système de santé, et plus particulièrement des établissements de soins. Elle a développé à cette occasion un important savoir-faire en matière d'assistance à la réforme hospitalière. Celui-ci porte plus particulièrement sur différents aspects de la modernisation des hôpitaux.

C'est le cas notamment de la réforme de la gouvernance hospitalière, qui donne à la fois davantage de responsabilité et d'autonomie aux hôpitaux, tout en associant davantage le corps médical à la gestion. C'est aussi le cas de la tarification à l'activité, qui crée un lien direct entre les ressources d'un établissement et la nature et l'intensité de son activité. La France a également modernisé ses outils de gestion hospitalière, notamment en matière de systèmes d'information. Elle a entièrement revu l'organisation territoriale de l'offre de soins à travers la mise en place d'agences régionales de santé (ARS).

Le système français d'assurance maladie présente de nombreux points forts. C'est le cas notamment de la gestion des prestations, avec des savoir-faire reconnus en matière de définition du "panier de soins", de codification et de tarification des actes, de gestion des critères et des accès au remboursement ou encore de dématérialisation (avec en particulier la carte électronique Sesam-Vitale).

En matière de suivi des dépenses de santé, la France a acquis, grâce à une informatisation très poussée, une capacité d'expertise reconnue. Celle-ci peut se décliner en fonction du contexte et des capacités techniques du pays concerné. La gestion du risque, l'organisation du parcours de soins et la maîtrise médicalisée des dépenses constituent d'autres points forts, grâce aux relations conventionnelles instaurées avec les professionnels de santé.

La France développe aujourd'hui le "disease management", autrement dit un accompagnement dynamique du patient qui dépasse la seule prise en charge de soins. Grâce notamment au développement des référentiels, la France est également en pointe en matière d'amélioration de la qualité des soins, ainsi qu'en matière de prévention primaire (dépistage des cancers, dépistage bucco-dentaire...) et de prévention des accidents du travail (à travers le réseau des ingénieurs conseils des caisses d'assurance retraite et de santé au travail CARSAT).

En matière de protection santé complémentaire, l'expertise française s'appuie sur un important réseau de mutuelles qui couvre plus de 60 % de la population et participe au parcours de soins par le biais des "contrats responsables".

B / LA POLITIQUE FAMILIALE, L'ASSURANCE RETRAITE ET L'ACTION SOCIALE

La politique familiale

Au sein des pays développés, la France connaît une fécondité exceptionnelle, qui la place au premier rang européen. Ce résultat tient, pour une bonne part, à la politique mise en œuvre et développée avec constance depuis 1945. En ce domaine, les savoir-faire français concernent en premier lieu l'élaboration d'une politique familiale globale, permettant notamment aux femmes de concilier maternité et vie professionnelle. Elle se traduit par l'élaboration d'une réglementation adaptée et la mise en œuvre de prestations familiales diversifiées, répondant à la diversité des situations et des besoins des familles.

Ces prestations se doublent d'une politique d'accès aux droits et d'une politique d'action sociale en faveur des familles. La France a également mis en place un important dispositif d'accueil de la petite enfance, en grande partie financé par la branche famille de la protection sociale. Elle travaille actuellement à la création d'un droit à la garde d'enfant.

Enfin, la branche famille possède une pratique approfondie de la mise en place et de la gestion de minima sociaux. Elle met en effet en œuvre le revenu de solidarité active (RSA) – qui remplace l'allocation parent isolé (API) et le revenu minimum d'insertion (RMI) – et l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

L'assurance retraite

L'assurance retraite a fait l'objet de plusieurs réformes importantes au cours de ces dernières années, afin de prendre en compte les évolutions démographiques et de rapprocher les différents régimes qui composent le système français.

A cette occasion, ce dernier a développé un savoir-faire en matière de gestion des réformes et une importante expertise juridique dans le domaine d'application des normes nationales, communautaires et

internationales, ainsi que d'adossement ou d'intégration des régimes spéciaux au régime général. Il a également renforcé ses capacités et son expertise en matière d'information des assurés sur leurs droits. Le développement des systèmes informatiques permet désormais à chaque assuré de connaître à tout moment ses droits acquis et de calculer sa situation future.

La France possède aussi un important savoir-faire en matière de gestion administrative des régimes de retraite et de liquidation des pensions.

Enfin, la France met en place un cinquième risque, qui sera entièrement consacrée à la prise en charge de la perte d'autonomie et couvrira à la fois les personnes âgées et les adultes handicapés. Elle a également développé un dispositif d'accompagnement et de services favorisant le maintien à domicile.

L'action sociale

Fondé largement sur la notion d'assurance, le système français de protection sociale a progressivement développé une importante action sociale. Parmi ses principaux points forts figure en particulier la lutte contre la pauvreté. Celle-ci repose sur la mise en œuvre de plusieurs minima sociaux, doublés pour certains d'entre eux d'une politique de suivi social et d'accompagnement vers l'emploi. Ce dispositif a été renforcé en 2009 par la création d'une nouvelle prestation : le revenu de solidarité active (RSA).

En matière d'accès aux soins, la France a mis en place en 2000 un dispositif innovant : la couverture maladie universelle (CMU). Celle-ci a permis de doter plus de quatre millions de personnes aux revenus modestes d'une couverture santé complémentaire. Gérée et financée principalement par les collectivités territoriales, l'aide sociale permet d'apporter des prestations en espèces ou en nature à des publics fragilisés à faibles ressources : personnes âgées, personnes handicapées, enfance en danger, familles en difficulté...

3 – LA GOUVERNANCE ET LA RÉGULATION

Les pouvoirs publics français ont mené, au cours de la dernière décennie, plusieurs réformes importantes de la protection sociale

: mise en place des lois de financement de la sécurité sociale, réforme des retraites, création de la couverture maladie universelle,

mise sur pied du régime social des indépendants (RSI) qui fusionne plusieurs caisses préexistantes...

Ils ont acquis à cette occasion un savoir faire certain dans la conduite des grands chantiers de réforme. Ces derniers ont contribué à leur tour à développer les compétences en matière de relations avec les partenaires sociaux et les acteurs concernés, à commencer par les professions de santé.

La France s'est aussi dotée de capacités d'analyse et de prospective, avec la mise en place d'instances nationales de réflexion, chargées d'anticiper les évolutions et d'éclairer la prise de décision : Conseil d'orientation des retraites, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Haut conseil de la famille...

Les différentes branches ont également mis au point des outils de projection et de simulation des changements de réglementation. La gouvernance des organismes de protection sociale s'est profondément transformée avec la généralisation de la contractualisation. Si les pouvoirs publics continuent d'assurer la tutelle de ces organismes, les relations entre l'Etat et les caisses nationales s'appuient désormais sur des conventions d'objectifs et

de gestion (COG), qui définissent des engagements réciproques et laissent plus d'autonomie aux organismes dans la mise en œuvre, en contrepartie d'une amélioration de la qualité de service et de gains de productivité.

Enfin, les spécificités héritées de l'histoire (nombre important de régimes à base professionnelle), donnent à la France une expertise particulière en matière d'articulation inter-régimes, de compensation démographique et de fonctionnement en réseau. En matière de santé, la France s'est dotée d'une instance de régulation avec la Haute autorité de santé (HAS), qui est notamment chargée d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie.

Le système de santé français s'appuie par ailleurs sur un réseau d'agences sanitaires spécialisées. Celles-ci assurent des fonctions de veille et d'alerte sanitaires, d'expertise, d'évaluation, d'autorisation et de contrôle. Les savoir-faire de ces agences concernent notamment l'épidémiologie, le médicament et les produits de santé (notamment en matière de sécurité d'emploi et d'efficacité), l'alimentation et la santé environnementale.

4 – LES PROPOSITIONS DU CESE FRANÇAIS POUR ASSURER L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

Dans un avis rapporté par M. Bernard Capdeville en juillet 2011, le Conseil économique, social et environnemental français a fait une série de propositions concernant l'avenir de l'assurance maladie en France.

En effet, du fait de l'écart croissant entre la progression des dépenses (vieillesse de la population, progrès médicaux...) et la diminution des recettes (chômage récurrent, dégradation du rapport cotisant/prestataire...) qui crée un déficit financier important, le système de protection sociale français se trouve aujourd'hui de plus en plus menacé.

En premier lieu, le CESE a souligné le besoin d'une adéquation plus forte entre le modèle de protection sociale et les nouveaux risques sociaux, qui découlent des spécificités relatives à un public plus jeune et dont le

parcours professionnel est plus incertain que celui de ses aînés. A cet égard, il a montré qu'il était indispensable d'intervenir dès l'amont par des politiques de prévention coordonnées et d'articuler les interventions sanitaires et sociales pour proposer un véritable accompagnement des parcours de vie.

Le CESE a aussi préconisé d'optimiser au maximum l'efficacité du parcours de soin, à la fois pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes (formation des professionnels, limitation du recours aux urgences par une meilleure articulation entre la médecine ambulatoire et l'hôpital, suivi personnalisé des patients, etc.) et éviter les dépenses inutiles (maîtrise de la prescription médicamenteuse, etc.).

Tout en réaffirmant que le financement et la gestion de la santé doivent essentiellement

reposer sur la solidarité nationale, le CESE a mis en lumière le fait que les complémentaires devaient jouer un rôle, à condition de promouvoir à tous l'accès à une complémentaire santé et de renforcer dans les contrats responsables les garanties d'égalité, de solidarité et de qualité.

Enfin, afin de garantir un financement pérenne et soutenable de la santé, le CESE a

fait des propositions pour trouver, au-delà des économies réalisées par la recherche d'une plus grande efficacité dans le parcours de soins, des recettes supplémentaires. Il s'agit principalement de la mise en place d'une TVA sociale (affectation d'une partie du produit de la TVA au financement de la protection sociale), d'une taxe internationale sur les transactions financières et du recours aux taxes environnementales.

Sources

- Plaquette du GIP SPSI : Le système français de santé et de protection sociale
- CESE, avis de juillet 2013 : « *La protection sociale : assurer l'avenir de l'assurance maladie* »

Union des Conseils Economiques et Sociaux et Institutions Similaires Francophones



Union des Conseils Economiques et Sociaux et Institutions Similaires Francophones

Le rapport Bachelet d'octobre 2011, puis la Recommandation de l'OIT de 2012 ont rappelé que la protection sociale était loin d'être partout une réalité : 28% seulement de la population mondiale bénéficient d'un régime de protection sociale au sens défini par l'OIT.

Ce taux est beaucoup plus faible en général dans les pays d'Afrique subsaharienne, où les populations, encore majoritairement rurales et dans l'économie informelle sont fortement vulnérables aux risques comme l'insécurité alimentaire, la maladie ou l'invalidité.

Conscients que le développement humain de l'Afrique subsaharienne ne pourra se faire qu'en mettant à l'abri de ces risques toutes les catégories de population, les membres de l'UCESIF se sont réunis, les 19 et 20 septembre 2014 à Niamey, pour mettre en commun leurs analyses et élaborer collectivement des solutions sur la problématique de « la mise en œuvre des socles de protection sociale universelle : succès et difficultés ».

Avec le soutien de :



2014