

Une sécurité sociale dynamique pour l'Afrique: une stratégie pour le développement

DÉVELOPPEMENTS ET TENDANCES



issa

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE | AISS

Une sécurité sociale dynamique pour l'Afrique : une stratégie pour le développement

DÉVELOPPEMENTS ET TENDANCES

Les publications de l'AISS sont protégées par le droit d'auteur. De courts extraits peuvent être reproduits sans autorisation à des fins non lucratives, sous réserve de mention de la source. Si vous souhaitez demander l'autorisation de copier, traduire ou reproduire de toute autre manière les documents et informations de l'AISS, veuillez prendre contact avec l'Association internationale de la sécurité sociale, Publications de l'AISS, Case postale 1, CH-1211 Genève 22, Suisse.

Les dénominations employées ici, qui sont en conformité avec la pratique des Nations Unies, n'impliquent en aucun cas l'expression d'une quelconque opinion de la part de l'AISS quant au statut juridique de tel ou tel pays, région ou territoire ou de leurs autorités, ou la délimitation des frontières de ces pays, régions ou territoires.

Bien que beaucoup de soins aient été apportés à la préparation et à la reproduction des présentes données/informations, l'AISS décline toute responsabilité pour les éventuelles inexactitudes, omissions ou autres erreurs dans ces informations et, d'une manière plus générale, pour tout préjudice financier ou autre pouvant résulter de l'utilisation de cette information.

Egalement disponible en version électronique
à l'adresse: www.issa.int

Egalement publié en anglais:
*Dynamic Social Security for Africa:
An Agenda for Development*

Imprimé en Suisse

ISBN 978-92-8432183-4

ISSN 2071-3924 (Imprimé)

ISSN 2071-3932 (En ligne)

© Association internationale de la sécurité sociale 2008

Table des matières

v | PRÉFACE

1 | CHAPITRE 1 Des réponses dynamiques au défi de la sécurité sociale en Afrique

7 | CHAPITRE 2 Favoriser des solutions diversifiées à la protection vieillesse en Afrique

13 | CHAPITRE 3 Étendre la protection sociale de la santé aux populations démunies

19 | CHAPITRE 4 Des stratégies nationales globales, cohérentes et intégrées

23 | CHAPITRE 5 Améliorer la gouvernance et renforcer la performance

27 | CHAPITRE 6 Conclusions: la sécurité sociale en tant que «moyen» et «fin»

31 | RÉFÉRENCES

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé par Michael Samson, en collaboration avec Joseph Ewane Ejuba, Tharcisse Nkanagu, Christine Bockstal, Céline Félix, Luis Frota, Olivier Louis dit Guérin, Sylvia Beales et Tavengwa Nhongo.

Timo Voipio était responsable de la gestion du projet, avec l'appui de Theo Butare, Magid Fathallah, Rick Levinsky, Jens Schremmer, Roland Sigg et Yukun Zhu. Roddy McKinnon a révisé le rapport. Frédérique Bocquet a apporté un soutien rédactionnel.

Le rapport a été finalisé dans le cadre du programme de travail de l'Observatoire de la sécurité sociale de l'AISS.

Préface

Ce rapport *Développements et tendances – Une sécurité sociale dynamique pour l’Afrique: une stratégie pour le développement* – a été établi à l’occasion du premier Forum régional de la sécurité sociale pour l’Afrique, organisé par l’Association internationale de la sécurité sociale (AISS) en partenariat avec la Caisse sociale du Rwanda, du 18 au 20 novembre 2008 à Kigali, Rwanda. Il s’agit du tout premier rapport régional *Développements et tendances* – les rapports pour les Amériques, l’Asie et le Pacifique et l’Europe seront publiés ultérieurement – qui reflète la nouvelle approche adoptée par l’AISS pour mieux comprendre et traiter les principaux problèmes auxquels sont confrontées les organisations membres de l’AISS dans les différentes régions du monde.

Les administrations africaines de la sécurité sociale continuent de chercher à améliorer leur gestion et leurs résultats financiers afin de pouvoir disposer de régimes de sécurité sociale plus efficaces et plus efficients. Elles contribuent également activement à la mise en place de systèmes nationaux de protection sociale accessibles et viables – qui ne se limitent pas à la fourniture d’une protection, mais encouragent aussi la prévention et soutiennent la réadaptation. Ces objectifs, entre autres, sont caractéristiques de ce que l’AISS appelle la sécurité sociale dynamique; ils jettent la lumière sur le rôle de la sécurité sociale, considérée aussi bien comme un «moyen» que comme une «fin», dans l’édification de sociétés socialement plus intégrées et économiquement plus productives.

Ces dernières années, les gouvernements africains et les partenaires internationaux en matière de coopération technique se sont de plus en plus préoccupés du rôle de la sécurité sociale dans les actions engagées au niveau national en vue de réduire la pauvreté. L’AISS

se félicite de cette évolution. La sécurité sociale doit être une composante permanente des stratégies destinées à réduire la pauvreté, et à assurer une croissance économique bénéficiant aux pauvres et des moyens de subsistance durables. D’une manière générale, la sécurité sociale est un élément constitutif essentiel d’une «bonne société», un soutien pour les existences et les aspirations non seulement des plus démunis mais aussi des classes moyennes et des classes plus prospères. En somme, la sécurité sociale n’est pas qu’un instrument de réduction de la pauvreté; elle est bien davantage.

Sur la base de ce qui précède, et conformément au mandat de l’AISS qui donne pour mission à l’Association de participer à la promotion et au développement de la sécurité sociale, la présente publication vise à attirer l’attention sur les récents développements et tendances les plus importants en matière de politiques et pratiques de la sécurité sociale en Afrique. Bien entendu, les éléments de preuve empiriques présentés ici ne fournissent qu’un aperçu de la situation à un moment donné. La sécurité sociale évolue, et des recherches et des analyses permanentes seront nécessaires pour compléter et élargir notre base de connaissances sur la sécurité sociale en Afrique et sur les options stratégiques qui y sont retenues pour la fourniture des services de sécurité sociale. Mais comme cela est souligné à juste titre dans la conclusion de ce rapport, d’importants progrès ont été accomplis ces dernières années dans l’amélioration de la sécurité sociale en Afrique.

Le présent rapport a un double objectif: premièrement, faire la synthèse des récents développements et tendances les plus importants en Afrique et les analyser; deuxièmement, servir de document de référence pour la session sur les développements et tendances du Forum régional de la sécurité sociale pour l’Afrique. Les discus-

sions qui vont avoir lieu dans le cadre du Forum régional vont nous permettre à tous de compléter ce rapport et de débattre des orientations suggérées. J'espère qu'il inspirera et stimulera nos discussions et je vous invite tous à y contribuer activement avant, pendant et après le Forum régional de sécurité sociale pour l'Afrique de Kigali. Les résultats de ces discussions seront évoqués au Forum mondial de la sécurité sociale, qui aura lieu du 21 au 27 novembre 2010 au Cap, en Afrique du Sud.

Hans-Horst Konkolewsky
Secrétaire général

Des réponses dynamiques au défi de la sécurité sociale en Afrique

Un examen de la diversité institutionnelle des organismes de sécurité sociale en Afrique et des risques qu'ils couvrent fait ressortir le remarquable développement intervenu depuis les années 1960, lorsque la plupart des Etats africains ont obtenu leur indépendance (SSA et AISS, 2007).

Toutefois, en dépit de remarquables progrès, l'accès à la sécurité sociale et aux soins de santé a régressé à plusieurs reprises depuis ces années-là. Par exemple, les programmes d'ajustement structurel lancés dans les années 1980 en réaction aux crises de l'endettement ont exclu la sécurité sociale de leurs cadres conceptuels. La pensée dominante des années 1980 et 1990 considérait la sécurité sociale comme faisant partie du problème, et non de la solution.

Aujourd'hui, la situation est très différente. Un nombre croissant de gouvernements africains ont inclus la sécurité sociale comme l'un des piliers fondamentaux de leurs stratégies nationales de croissance, de réduction de la pauvreté et de développement durable (voir encadré 1.1.). Mais il reste encore beaucoup à faire.

Les taux de couverture de sécurité sociale en Afrique sub-saharienne sont, en moyenne, d'environ 10 pour cent de la population. Dans les pays africains à revenu moyen, ils se situent entre 40 et 70 pour cent. Rassembler des données statistiques actualisées et complètes sur la couverture de sécurité sociale constitue une difficulté majeure pour tous les chercheurs qui souhaitent réaliser des études sur le continent, mais les chiffres dispo-

nibles font ressortir trois conditions fondamentales:

- i)* la nécessité d'améliorer la gouvernance et la capacité administrative afin d'assurer la couverture effective des populations légalement couvertes;
- ii)* la nécessité d'amender la législation pour élargir la couverture des régimes existants aux populations qui ne sont pas encore couvertes;
- iii)* la nécessité d'élaborer et d'appliquer de nouvelles législations en mettant en place de nouveaux régimes de sécurité sociale, conçus sur mesure si besoin est, afin d'étendre progressivement la sécurité sociale à tous et de l'améliorer.

Les taux de pauvreté sont uniformément élevés dans les pays où les taux de couverture de la sécurité sociale sont les plus faibles. L'épidémie de VIH/SIDA engendre de nouveaux chocs qui viennent s'ajouter aux menaces que font peser, depuis longtemps, le paludisme, les problèmes de santé reproductive et un large éventail d'autres vulnérabilités, mettant à mal et parfois même épuisant les mécanismes informels utilisés dans de nombreux pays africains pour faire face à ces fléaux. D'où la nécessité d'interventions publiques novatrices, efficaces et efficientes, y compris par le truchement de la sécurité sociale.

Le présent rapport, qui décrit toute une série de solutions apportées à ces problèmes, recense et interprète les récents et principaux développements et tendances des politiques et la pratique de la sécurité sociale en Afrique, à travers le prisme du cadre conceptuel de la sécurité sociale dynamique élaboré par l'AISS

1.1. Les gouvernements africains croient en la sécurité sociale

En 2008, une série de consultations conduites par l'Union africaine a amené les gouvernements africains à réaffirmer les engagements qu'ils avaient pris en matière de sécurité sociale à Livingstone, en Zambie, et à Yaoundé, au Cameroun, en 2006.

Outre les mesures qu'ils entendent adopter pour mieux répondre aux besoins de sécurité sociale des fonctionnaires et des salariés des entreprises du secteur formel privé, plusieurs gouvernements africains prévoient d'intensifier leur action en élargissant à la majorité informelle les programmes de sécurité sociale financés par l'impôt.

Les principaux accords conduits dans le cadre des consultations de l'Union africaine en 2008 comprennent des engagements à:

- Considérer la protection sociale comme un droit de l'homme et une obligation de l'Etat;
- Etendre progressivement la couverture;
- Etablir des minima sociaux couvrant les pensions non contributives, les prestations pour enfants, les allocations en cas d'invalidité et l'accès aux soins de santé;
- Investir dans des institutions nationales et dans la coordination transsectorielle;
- Mettre en œuvre des plans nationaux transparents et quantifiés liant la sécurité sociale aux plans nationaux de développement et de réduction de la pauvreté;
- Travailler en étroite collaboration avec la société civile afin d'assurer une conception, une couverture et une fourniture appropriées des services.

(voir encadré 1.2.). En tant qu'association, l'AISS déploie un maximum d'efforts pour l'amélioration des techniques de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. Cependant, les décennies passées «d'ajustements structurels» imposés par les institutions financières internationales ont contraint de nombreux gouvernements africains à opérer des coupes sombres dans les dépenses publiques en licenciant un très grand nombre d'enseignants, de membres des personnels de soins de santé, ainsi que d'autres fonctionnaires et employés des entreprises publiques. Il s'en est suivi une diminution considérable du nombre

des emplois dans le secteur formel en Afrique, ce qui s'est traduit par une baisse du niveau de la couverture pour de nombreuses institutions de sécurité sociale africaines, et ce à cause de facteurs sur lesquels elles n'ont pas prise.

C'est surtout pour les régimes de sécurité sociale contributifs que ces problèmes se posent avec le plus d'acuité; en Afrique, ces régimes sont la plupart du temps basés sur l'assurance sociale, avec quelquefois des fonds de prévoyance, dont le nombre, déjà peu élevé, va en diminuant.

1.2. L'AISS et la sécurité sociale dynamique

L'AISS a mis au point un cadre conceptuel intitulé «Une sécurité sociale dynamique» qui procure un outil analytique permettant d'observer les changements et d'explorer les diverses orientations que pourrait prendre la sécurité sociale, à l'avenir, dans différents contextes, y compris en Afrique. Une sécurité sociale dynamique peut se définir comme un ensemble de politiques, programmes et processus novateurs et évolutifs, permettant d'offrir des régimes de protection sociale plus accessibles et plus viables qui ne se limitent pas à fournir une protection, à encourager la prévention et à soutenir la réadaptation et l'intégration ou la réintégration, mais qui contribuent également à l'édification de sociétés socialement plus ouvertes et économiquement plus productives.¹

1. Voir McKinnon (2007) pour ses travaux riches en idées nouvelles sur le cadre conceptuel, et Sigg (2007) et McKinnon (2009) pour des analyses plus générales de la «Sécurité sociale dynamique», qui constituent la toile de fond de cette partie du rapport.

L'expérience laisse à penser que les dispositifs non contributifs de sécurité sociale ont un potentiel élevé de réduction de la pauvreté dans la plupart des pays d'Afrique, du moins à court terme. A long terme cependant, l'extension de la couverture contributive et l'établissement d'un lien de complémentarité entre cette couverture et celle des régimes universels non contributifs sont au cœur même du défi.

L'histoire a réfuté l'hypothèse selon laquelle un développement économique accru permettrait automatiquement de formaliser l'activité économique et l'emploi et, ce faisant, de faciliter l'extension de la couverture de sécurité sociale. Au contraire, en Afrique sub-saharienne, la main-d'œuvre devient de plus en plus informelle alors que le secteur formel se réduit. Aussi, la difficulté réside à présent dans l'extension de la couverture de la sécurité sociale à la grande majorité des citoyens employés dans le secteur informel.

Or, pour la plupart des administrations africaines de la sécurité sociale, l'extension de la couverture n'est sans doute que la deuxième priorité, la première étant généralement l'amélioration de la gouvernance et de l'administration. Les organismes de sécurité sociale bien dirigés et bien gérés – et par conséquent crédibles et compétents – ont une importante contribution à apporter à la sécurité du revenu des personnes couvertes et de leurs ayants-droit. Ces qualités institutionnelles sont en outre de plus en plus considérées comme essentielles dans le cadre des actions engagées au niveau national pour réduire la pauvreté, en particulier pour mieux couvrir les citoyens travaillant dans les secteurs informels urbain et rural.

Dans la plupart des cas, la sécurité sociale a toujours été considérée comme ayant pour rôle le maintien et la redistribution des revenus; et dans de nombreux pays, la réduction de la pauvreté n'a pas été considérée comme l'une de ses missions premières. Aujourd'hui, les points de vue sur cette question évoluent lentement, les deux rôles susmentionnés étant plus facilement acceptés comme correspondant collectivement à une interprétation plus large de la sécurité sociale. Il est significatif à cet égard que des gouvernements clairvoyants reconnaissent que la sécurité sociale per-

met à un nombre grandissant de personnes de participer à la croissance économique, d'y contribuer et d'en bénéficier (OCDE, 2007). La sécurité sociale renforce également la stabilité sociale et politique, qui facilite la réussite des réformes économiques. Pour compléter ce cercle vertueux, les réformes économiques, à leur tour, nécessitent souvent la mise en place de dispositifs – au nombre desquels la sécurité sociale – permettant de partager la croissance – ce que l'on appelle la croissance «pro-pauvres».

L'évolution des mandats de nombreux organismes de sécurité sociale en tant qu'entités juridiques n'a cependant pas suivi le rythme des changements du contexte politique et conceptuel. Que ces organismes aient ou non les ressources budgétaires, les capacités et les systèmes de prestations nécessaires pour jouer un rôle direct dans la réduction de la pauvreté, le premier obstacle sur lequel ils butent est souvent celui du mandat politique. Les décisions relatives au mandat relèvent des parlements et gouvernements nationaux, dont elles sont l'une des prérogatives. Par conséquent, la volonté politique, assortie d'une législation adéquate, reste primordiale. Après quoi, pour que la sécurité sociale puisse remplir son double rôle de redistribution et de réduction de la pauvreté, il faut s'attaquer à toute une série de problèmes contextuels et internes particulièrement difficiles à résoudre (voir encadré 1.3.).

En Afrique, les décideurs politiques ont besoin de l'appui des administrations de la sécurité sociale pour mettre en œuvre et évaluer les politiques et programmes en vigueur, dont la configuration est souvent fort diversifiée et qui sont loin d'être exhaustifs (voir encadré 1.4.). Pour préparer l'avenir et développer la sécurité sociale à la fois en tant que «moyen» et «fin», les décideurs politiques ont en outre besoin du soutien des administrations de la sécurité sociale, d'une part pour élaborer de nouvelles politiques et de nouveaux programmes permettant de fournir aux populations déjà couvertes une protection par la sécurité sociale encore mieux adaptée à leurs besoins, et d'autre part pour résoudre directement et intégralement les problèmes liés à la pauvreté.

Comme l'a noté récemment l'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD),

1.3. Les défis de la sécurité sociale en Afrique

Facteurs contextuels

- Le fait que la pauvreté soit largement répandue réduit la capacité des citoyens à payer des cotisations;
- La fragilité des assiettes fiscales est source de problèmes budgétaires pour les régimes financés par l'impôt;
- L'informalisation accrue de l'économie affaiblit les régimes contributifs existants et réduit la couverture;
- La pandémie de VIH/SIDA augmente les dépenses de soins de santé et affaiblit les systèmes de soutien existants;
- Les guerres et autres troubles affaiblissent les infrastructures et les capacités, déstabilisent les communautés et déplacent les populations;
- Le changement climatique menace l'agriculture, principal moyen de subsistance pour la plupart des gens. Il affecte aussi la sécurité sanitaire, par exemple en ayant pour conséquence l'expansion du paludisme dans de nouvelles régions.

Facteurs internes

- Les coûts administratifs, qui peuvent être élevés malgré des niveaux de prestations relativement faibles, surtout pendant les phases initiales des nouveaux (petits) régimes de sécurité sociale;
- Une gouvernance déficiente accroît les coûts administratifs; l'amélioration de la gouvernance constitue donc un moyen important de réduire ces coûts;
- Des systèmes fragmentés avec de multiples régimes; une plus grande efficacité pourrait être obtenue par une intégration des régimes en fusionnant et rationalisant leurs structures administratives;
- Une réglementation et un contrôle du respect des obligations déficients

les pays qui ont réussi à réduire la pauvreté n'ont ni créé ni ciblé leurs régimes de sécurité sociale à la seule intention des populations pauvres: ils ont investi dans les pensions, les allocations pour enfants, l'assurance maladie et d'autres éléments d'une politique sociale très complète, car c'était exactement ce qu'il fallait faire ne serait-ce que pour parvenir à une certaine prospérité économique et obtenir la paix sociale (Mkandawire, 2006). Les facteurs susceptibles de réduire la pauvreté ne sont pas seulement ceux qui permettent de s'attaquer à ses causes les plus immédiates, ou ceux qui sont les plus évidents, par exemple le ciblage des personnes les plus démunies. L'idée selon laquelle les régimes de sécurité sociale exclusivement conçus pour les «pauvres» ont souvent tendance à être eux-mêmes des régimes «pauvres» paraît parfaitement appropriée dans ce contexte.

L'expérience montre que les systèmes de sécurité sociale les plus «pro-pauvres» ont été ceux qui ont réussi à obtenir l'adhésion des classes moyennes (Kangas et Palme, 2005; Mkandawire, 2005). En mettant en commun les cotisations – et, partant, le soutien politique – des classes moyennes, des plus démunies et même des couches

les plus aisées de la population, les régimes universels ont été en mesure de générer des fonds suffisamment importants pour couvrir les risques non seulement des mieux lotis mais aussi des plus démunis.

Pour les pays à faibles revenus, et cela essentiellement pour des considérations pratiques, les systèmes de sécurité sociale universels sont certainement recommandés: lorsque la pauvreté est largement répandue, le ciblage n'est pas essentiel et il est de toute façon administrativement onéreux et sujet à des problèmes liés à l'accès à l'information, à la distorsion des mesures d'incitation et au risque moral. Par exemple, l'universalisme qui a guidé le développement – rétrospectivement très réussi – de la sécurité sociale dans certains pays européens nordiques était en fait, à l'origine, dicté par leur pauvreté et leur sous-développement: le ciblage était tout simplement trop difficile et inutile parce que presque tout le monde était pauvre.

L'expérience de plusieurs décades a montré que les pays dans lesquels la mise en place d'une sécurité sociale universelle a été la plus réussie ont été ceux où elle a été complétée par des politiques et réglementations

1.4. Similitudes, différences et lacunes:
 aperçu sélectif de la sécurité sociale dans 12 pays africains

Pays	Vieillesse, invalidité et survivants	Maladie et maternité		Accidents du travail et maladies professionnelles	Chômage	Allocations familiales
		Prestations en espèces pour les deux risques	Prestations en espèces plus soins médicaux ^a			
Algérie	●	●	●	●	●	●
Bénin	●	b	c	●	d	●
Botswana	e	d	d	●	d	c
Burundi	●	d	d	●	d	●
Guinée	●	● ^f	●	●	d	●
Libye	●	●	●	●	d	c
Malawi	d	d	g	●	d	d
Maurice	●	d	g	●	c	●
Maroc	●	●	●	●	d	●
Sénégal	h	b	●	●	d	●
Afrique du Sud	● ⁱ	●	c	●	●	●
Ouganda	●	d	d	●	d	d

Source: SSA et AISS (2007).

a. Couverture assurée pour les soins médicaux, l'hospitalisation ou les deux à la fois

b. Prestations de maternité seulement.

c. Couverture assurée dans le cadre d'autres régimes ou par l'intermédiaire de l'assistance sociale.

d. Ne dispose pas d'un régime ou informations non disponibles

e. Prestations de vieillesse et prestations pour orphelins seulement.

f. Les prestations de maternité sont financées dans le cadre des allocations familiales

g. Prestations médicales seulement.

h. Prestations de vieillesse et prestations de survivants seulement.

i. Prestations de vieillesse et prestations de survivants seulement, ces dernières étant fournies par la branche «chômage».

touchant d'autres domaines que la sécurité sociale: la politique budgétaire, la réforme agraire, la législation sociale, la réglementation du secteur privé, etc. Malgré tout, plus récemment, on a pu plus facilement réduire la pauvreté grâce à la croissance, à l'emploi, à la sécurité sociale et aux changements structurels (Mkandawire, 2006). Voilà qui mérite une réflexion sérieuse.

La sécurité sociale peut également contribuer à des bénéfices colatéraux: la formation de capital par l'épargne obligatoire constituée par les assurances sociales contributives ou des fonds de prévoyance – dans certains pays, ces fonds se sont avérés essentiels pour le financement des grands projets d'infrastructures; la formation du capital humain également, via les impacts

positifs de la sécurité sociale sur l'éducation, la santé et la participation des femmes au marché du travail (Mkandawire, 2006).

Des régimes de sécurité sociale bien gérés peuvent contribuer à garantir la légitimité de l'ordre politique et à assurer des niveaux de capital social plus élevés; ils sont également un facteur de cohésion sociale et de stabilité politique, et contribuent à créer un contexte global propice aux investissements et aux échanges commerciaux. Par ses effets sur la demande agrégée, la sécurité sociale peut accélérer le progrès économique. Des régimes bien gérés peuvent également constituer l'un des instruments les plus efficaces contre la corruption: les fonctionnaires qui font confiance aux régimes de pension pour leur assurer une sécurité de revenu suffisante sont, sans doute, moins enclins à abuser des pouvoirs que leur confèrent leurs fonctions.

La sécurité sociale est également impérative pour un engagement proactif et réussi des pays africains dans le processus de mondialisation, car elle permet aux entreprises de disposer d'un capital humain plus compétitif et plus prévisible et elle apporte les «filets de sécurité» et les «tremplins» nécessaires aux citoyens vulnérables aux effets négatifs des pressions sans cesse croissantes de la concurrence mondiale.

Favoriser des solutions diversifiées à la protection vieillesse en Afrique

Le vieillissement de la population est l'une des plus grandes victoires de l'humanité. L'Afrique ne fait pas exception à la tendance mondiale à la baisse de la mortalité et de la fécondité, la pyramide des âges présentant alors une part croissante de personnes âgées. Mais par rapport à tous les autres continents, l'Afrique a toujours, en moyenne, la population la plus jeune. C'est typiquement le cas en Ouganda qui, avec un âge médian de 15 ans, a la plus jeune population du monde.

On estime qu'aujourd'hui, en Afrique, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus est de 35 à 40 millions, soit 5 pour cent de la population mondiale dans ce groupe d'âge. D'ici à 2050, le nombre d'hommes et de femmes âgés, en Afrique, dépassera 200 millions, et l'espérance de vie des femmes sera supérieure de 3 à 5 ans à celle des hommes. Bien que le VIH/SIDA provoque des millions de décès prématurés en Afrique, le nombre de personnes âgées doublera d'ici à 2030.

Les résultats des enquêtes auprès des ménages montrent qu'en Afrique les personnes âgées sont souvent beaucoup plus pauvres que le reste de la population. Et les foyers dont le chef est une personne âgée qui s'occupe des enfants se classent régulièrement parmi les groupes de population les plus pauvres (Kakwani et Subbarao, 2005).

En Afrique, les organismes de sécurité sociale jouent un rôle important dans la sécurité du revenu des personnes âgées. Certains des régimes de pensions contributifs les plus efficaces, sur ce continent, couvrent une

proportion importante de la population. Par exemple, les taux de couverture en Algérie et en Egypte sont supérieurs à 40 pour cent, et celui de la Libye et de la Tunisie à 70 pour cent (Robalino et al., 2005).

Les mesures prises ces cinq dernières années par les organisations membres de l'AISS et les administrations publiques ont permis d'élargir significativement la couverture des régimes de pensions contributifs et non contributifs et d'améliorer le niveau des prestations.

- L'Algérie a institué en 2006 une allocation supplémentaire qui a permis de porter jusqu'à DZD 10 000 (environ USD 170,00) la pension minimum de vieillesse, d'invalidité ou de survivants payée par le régime de pensions contributif des salariés.
- Le Sénégal envisage d'instaurer une garantie de revenu minimum pour tous les bénéficiaires d'une pension de vieillesse, sous la forme d'un supplément à cette pension, comme le prévoit sa Stratégie de protection sociale.
- Le Mozambique a annoncé que le montant mensuel minimum de la pension de vieillesse sera ajusté automatiquement chaque année au mois d'avril de sorte qu'il ne puisse plus être inférieur à 60 pour cent du revenu mensuel minimum national.
- Dans le cadre de la récente réforme du régime de pensions non contributif de l'Ethiopie, les montants des prestations ont été relevés, surtout pour les bénéficiaires à faibles revenus, l'Office éthiopien de la sécurité sociale ayant augmenté de 60 pour cent la prestation minimum.

- En Zambie, l'Office national du régime des pensions a pris des mesures pour que les travailleurs indépendants et d'autres travailleurs du secteur informel puissent adhérer volontairement au régime de pensions contributif.
- Au Ghana, l'Institut de sécurité sociale et d'assurance nationale a créé un régime volontaire spécial pour les travailleurs du secteur informel, qui répartit les cotisations à parts égales entre une caisse de pensions et un fond de prévoyance, ce qui permet d'utiliser partiellement les cotisations individuelles pour financer les frais de scolarité et l'assurance maladie ou pour faire face à une mauvaise conjoncture économique.
- En février 2008, l'Administration des prestations de retraite du Kenya a soumis au Conseil des ministres une proposition de création d'un régime de pensions universel non contributif conçu pour fournir à tous les Kényans âgés une prestation mensuelle minimum garantie dès l'âge de 55 ans. La prestation mensuelle proposée sera égale à 70 pour cent du seuil de pauvreté absolue.

De nombreux pays africains considèrent les régimes non contributifs de prestations de vieillesse comme un moyen efficace et relativement rapide d'élargir la couverture dans d'importantes proportions et de renforcer l'inclusion sociale (voir encadré 2.1.). L'initiative du Kenya est particulièrement significative à cet égard et elle est également digne d'attention dans la mesure où l'institution responsable du fonds national de sécurité sociale, qui est un régime contributif, est celle qui a souligné l'importance d'un élargissement de la couverture au moyen d'un régime de pensions non contributif.

Tout en cherchant à élever progressivement leurs niveaux de protection, les organismes de sécurité sociale sont également en train de commencer à mettre sur pied des régimes de sécurité sociale contributifs sur la base de régimes non contributifs: c'est le cas, notamment, en Afrique du Sud, en Namibie, à Maurice et plus récemment au Lesotho.

Historiquement, le Botswana, l'Égypte, l'Île Maurice, la Namibie et l'Afrique du Sud se sont toujours appuyés

sur des pensions de vieillesse non contributives comme fondement d'une large couverture par la sécurité sociale. Ces cinq dernières années, un nombre croissant de pays africains a étendu ou adopté cet important instrument ou a pris des mesures en vue de son adoption.

- En 2004, le Lesotho a adopté une pension universelle non contributive pour toutes les personnes âgées de 70 ans ou plus.
- En 2005, le Swaziland a institué une allocation de vieillesse pour les personnes pauvres de plus de 60 ans.
- En avril 2008, le Président du Malawi a annoncé un projet visant à l'instauration d'une pension non contributive.
- En juillet 2008, le Ministère du développement social de l'Afrique du Sud a étendu son allocation de vieillesse non contributive aux hommes âgés de plus de 60 ans. Auparavant, les hommes n'étaient couverts qu'à partir de 65 ans, et les femmes à partir de 60 ans.
- Le Ghana, le Mozambique, le Sierra Leone, l'Ouganda et la Zambie ont lancé des programmes pilotes pour étendre aux personnes âgées une assistance sociale en espèces.

Les bénéficiaires d'une pension de vieillesse la dépendent souvent pour fournir des uniformes scolaires, des livres et des soins de santé à leurs petits-enfants. Par exemple, 60 pour cent de la pension moyenne reçue par des personnes de 70 ans ou plus au Lesotho est régulièrement réaffecté aux enfants. Les statistiques laissent à penser que ce mécanisme a permis de réduire de moitié le taux de sous-alimentation au Lesotho (Croome et Mapetla, 2007). Les prestations sous condition de ressources du Swaziland, gérées par le Fonds de pensions des services publics, ont elles aussi pour but d'aider les personnes âgées en atténuant simultanément l'impact socio-économique du VIH/SIDA. Il est connu que les grands-parents s'occupent souvent, de surcroît, des enfants dont les parents sont malades ou décédés à cause du VIH/SIDA.

En Afrique, la tendance à accorder des prestations de vieillesse non contributives représente un important engagement conjoint des organisations membres de l'AISS et des institutions gouvernementales. De nom-

2.1. Evaluation de l'impact des pensions en Afrique australe

En Afrique du Sud, les pensions non contributives réduisent de 21 pour cent la pauvreté en général dans le pays, et de plus de moitié (54 pour cent) la pauvreté des foyers qui comptent une ou plusieurs personnes âgées, et elles éliminent pratiquement toute pauvreté dans les foyers qui ne comptent que des personnes âgées (une réduction de 98 pour cent) (Samson et al., 2004).

A l'île Maurice, la proportion des personnes âgées dans les ménages vivant au-dessous du seuil de pauvreté est de 64 pour cent sans la pension non contributive mais de 19 pour cent seulement avec cette pension (Gopee, 2006).

Les pensions de vieillesse aident également les enfants à devenir des adultes plus productifs, leur permettant ainsi d'échapper à la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre. Dans les foyers comptant un ou plusieurs bénéficiaires d'une pension non contributive, les jeunes filles ont davantage de chances d'être scolarisées, de réussir un parcours universitaire et de présenter de meilleurs indicateurs de santé et de nutrition que les enfants de foyers similaires ne recevant pas de pension (Duflo, 2000; Samson et al., 2004).

Le revenu prévisible et régulier que représente une pension apporte aux foyers concernés la sécurité du revenu dont ils ont besoin pour gérer les risques sociaux – et investir dans des activités plus risquées mais plus rentables qui permettront à leurs membres de sortir de la pauvreté.

Certaines personnes âgées, en Namibie par exemple, utilisent leur pension pour investir dans l'élevage de bétail et d'autres activités agricoles et pour accéder au crédit (la pension étant alors acceptée comme garantie) (Devereux, 2001). Au Lesotho, 21 pour cent des bénéficiaires ayant été interrogés dans le cadre de l'enquête ont dit avoir dépensé une partie de leur pension pour créer des emplois; les fonctions correspondantes vont des tâches d'aide ménagère à des travaux agricoles.

Les pensions permettent aux membres adultes d'un foyer de participer efficacement au marché du travail (Samson et al., 2002 et 2004; Ravallion, 2003; Devereux et Sabates-Wheeler, 2004). Cet impact est nettement plus important pour les femmes des foyers les plus pauvres, et il est positivement associé à une réduction du travail des enfants (Edmonds, 2004; Samson et al., 2004).

En définitive, les pensions non contributives constituent donc un moyen efficace de redistribuer le revenu entre les groupes à revenus élevés et les revenus bas et de promouvoir la cohésion sociale et la stabilité politique. Elles permettent aussi d'encourager l'investissement à long terme dans l'économie locale. Au milieu du siècle dernier, l'île Maurice avait une économie vulnérable basée sur la monoculture et présentait des taux de pauvreté élevés. Aujourd'hui, ce pays a le plus faible taux de pauvreté d'Afrique, et la pension sociale introduite en 1950 est reconnue comme l'un des facteurs qui ont contribué à sa cohésion sociale, indispensable pour restructurer l'économie et la placer sur la voie de la croissance (Roy et Subramanian, 2001).

breux pays jouent à cet égard un rôle pionnier:

- Au Ghana, le Programme *Livelihood Empowerment Against Poverty (LEAP)* joue un rôle moteur dans la fourniture aux personnes pauvres de plus de 65 ans d'une allocation équivalant à USD 8,15 par mois.
- Au Kenya, le Ministère du développement interna-

tional du Royaume-Uni aide le gouvernement à instituer une pension pilote non contributive pour 20 000 ménages.

- En Sierra Leone, le Fonds national d'assurance et de sécurité sociale est engagé dans l'instauration d'un régime pilote d'assistance sociale, qui fournit des

prestations en espèces aux personnes âgées les plus pauvres, ainsi qu'aux personnes handicapées de plus de 60 ans, dans 65 des 156 chefferies du pays. Ce régime est important, car il est conçu au niveau local et a fonctionné pendant cinq ans avec des subventions gouvernementales, et il permet d'améliorer la nutrition, les investissements, la santé et le bien-être.

- L'Ouganda est en train de mettre en place un système pilote qui versera une prestation mensuelle de UGX 18 000 (environ USD 11,00) aux personnes âgées ou handicapées souffrant de pauvreté chronique.
- La Zambie est en train de mettre sur pied un régime de vieillesse pilote dans le district de Katete, qui fournit aux personnes âgées de plus de 60 ans une prestation mensuelle équivalant à USD 15,00.

D'autres pays ont plus directement recours au potentiel des systèmes universels à plusieurs piliers (voir encadré 2.2.):

- En 2004, l'île Maurice a réformé la pension de retraite de base, remplaçant l'approche universelle par un dispositif sous condition de ressources. Après des élections générales, le nouveau gouvernement a rétabli la pension universelle. Selon le Ministère de la Sécurité sociale, de la Solidarité nationale, du Bien-être des personnes âgées et des Institutions de la réforme, le ciblage a créé un nombre de problèmes considérable pour les citoyens et l'administration. Par exemple,

les formulaires n'étaient pas remplis correctement, n'étaient pas soumis dans les délais et parfois n'était pas soumis du tout, ce qui a privé de leur pension de nombreux bénéficiaires qui en avaient grand besoin.

- En Afrique du Sud, le Ministère du développement social a publié en 2007 une étude très fouillée montrant pourquoi une pension non contributive universelle constitue un pilier extrêmement utile pour la mise sur pied progressive d'un système de sécurité sociale contributif à plusieurs piliers.

Les leçons tirées de toutes ces expériences s'avèrent de plus en plus pertinentes pour des pays tels que :

- Le Ghana, dont l'Institut de sécurité sociale et d'assurance nationale a été récemment réformé pour créer un système à trois piliers comprenant:
 - un régime de sécurité sociale de base national et contributif pour fournir des prestations mensuelles;
 - un mécanisme privé et obligatoire, géré au niveau des entreprises, pour fournir des prestations forfaitaires en espèces;
 - des fonds de prévoyance volontaires et des régimes de pensions individuelles.
- Le Kenya, dont les plans d'instauration d'une prestation de vieillesse universelle peuvent, dans une certaine mesure, contrer la tendance à passer des régimes à prestations définies à des régimes à cotisa-

2.2. Le système de pensions marocain à plusieurs piliers

Les caisses de pensions du secteur public, au Maroc – la Caisse marocaine des retraites (CMR) et le Régime collectif d'allocation de retraite (RCAR) – couvrent les fonctionnaires, les salariés du secteur parapublic et les militaires. Les régimes du secteur privé – la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et la Caisse interprofessionnelle marocaine de retraite (CIMR) – couvrent les salariés du secteur privé dans le commerce et l'industrie, ainsi que certains travailleurs indépendants.

Une analyse très documentée des risques liés à la solvabilité, imputables pour l'essentiel au vieillissement de la population et à la diminution du nombre des emplois dans le secteur public, a montré la nécessité d'une réforme. Le gouvernement marocain a engagé un dialogue politique avec les principales parties prenantes, notamment les caisses de pensions et la société civile, et il envisage de mettre sur pied un système à plusieurs piliers – qui pourrait être constitué d'une pension non contributive, de régimes contributifs obligatoires et de mécanismes d'encouragement à l'épargne volontaire. Les options possibles sont en outre l'unification des différents régimes, le relèvement de l'âge de la retraite et/ou des taux de cotisation, et la révision des règles de calcul des prestations.

Sources: Touahri (2008) ; Ben Braham (2008) ; Robalino et al. (2005).

tions définies, dans son système de retraite du secteur public.

Bien que la plupart des pays africains disposent de régimes de vieillesse publics, seule une minorité de la population en Afrique peut s'attendre à percevoir une pension durant la vieillesse. Qui plus est, rares sont les pays qui disposent de régimes permettant de réduire l'insécurité durant la vieillesse pour une majorité de la population. Comme le montrent les exemples cités dans ce chapitre, des pays donateurs pourraient contribuer à catalyser la volonté politique et à doter les pays concernés de l'expertise et des capacités de mise en œuvre requises. De même, l'AISS, en tant qu'association regroupant des organisations qui bénéficient d'une expertise sans égale dans l'administration de la sécurité sociale, et en tant que cadre international d'échanges de bonnes pratiques, a-t-elle un important rôle à jouer.

Etendre la protection sociale de la santé aux populations démunies

Alors que la Déclaration universelle des droits de l'homme a consacré il y a soixante ans l'accès aux soins de santé comme un droit fondamental, la plupart des gens, en Afrique, vivent encore sans protection suffisante. Dans la plupart des pays africains, les systèmes de soins de santé sont déséquilibrés en faveur des élites privilégiées et des centres urbains.

Les problèmes de santé appauvrissent des millions de gens en Afrique chaque année: soit parce qu'ils ne peuvent pas avoir accès aux soins de santé pour atténuer l'impact négatif de ces problèmes, soit parce que leurs dépenses de soins de santé les plongent dans le dénuement et érodent leurs moyens de subsistance. L'Afrique perd chaque année, pour mille personnes, plus de cinquante «années de vie ajustées sur incapacité» (AVAI). En Europe et aux Amériques, ce chiffre est inférieur à 17; l'Asie méridionale, une région presque aussi pauvre économiquement que l'Afrique, perd chaque année moins de la moitié du nombre d'AVAI perdues par l'Afrique.² Presque trois quarts des années de vie perdues en Afrique le sont à cause du paludisme, de certaines maladies transmissibles, et des conditions maternelles, périnatales et nutritionnelles. Le VIH/SIDA est à l'origine de 16,3 pour cent des pertes d'AVAI en Afrique.

La protection sociale de la santé est fournie soit par des systèmes publics de soins de santé financés par l'impôt, soit par des mécanismes d'assurance maladie. Les gouvernements tiennent beaucoup à mettre en place une

assurance maladie publique afin d'obtenir un financement supplémentaire pour la santé. Les employeurs sont eux aussi intéressés par l'assurance maladie; ils ne veulent plus supporter le coût de tous les risques santé de leurs salariés et recherchent des mécanismes permettant de partager ces coûts (Ron, 2008). Pour les assurés, les soins de santé sont la prestation de sécurité sociale la plus fréquemment utilisée, et elle profite à tous les membres de la famille tout au long du cycle de vie.

Or, bien que ce type de disposition soit manifestement incitatif pour tout le monde, la couverture, même dans le secteur formel, reste très limitée en Afrique. La couverture-santé est souvent offerte par des compagnies d'assurance à but lucratif aux rares personnes qui peuvent se l'offrir, et non par des régimes d'assurance maladie. L'extension de l'assurance maladie reste par conséquent un important défi à relever (voir encadré 3.1.).

Dans ce domaine, les organismes nationaux de sécurité sociale, en Afrique, enregistrent certains progrès: premièrement, en élargissant et améliorant la couverture pour les travailleurs du secteur formel, et deuxièmement, en s'efforçant d'étendre la protection sociale de la santé à l'ensemble de la population dans leurs pays respectifs. En améliorant leur performance dans l'exercice de leurs mandats traditionnels, les institutions de sécurité sociale jettent les fondements de la confiance qui permet de mettre en place, en Afrique, des systèmes de sécurité sociale pour tous, permanents et viables.

2. Pour de plus amples informations, voir: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls>

3.1. Caisse nationale d'assurance maladie du Ghana

Pour supprimer les paiements directs des services de santé par les usagers, le Parlement ghanéen a adopté en 2003 la Loi sur l'assurance maladie nationale, qui porte création d'un régime d'assurance maladie obligatoire couvrant toutes les personnes qui résident au Ghana. Il s'agit d' «une loi qui garantit la fourniture de services de soins de santé de base [...] par l'intermédiaire de mutuelles d'assurance maladie privées; qui crée un organisme chargé d'enregistrer, agréer et réglementer les régimes d'assurance maladie et d'agréer et surveiller les fournisseurs de soins de santé travaillant dans le cadre des régimes d'assurance maladie; qui impose un prélèvement pour l'assurance maladie et qui crée une Caisse nationale d'assurance maladie qui subventionnera les mutuelles d'assurance maladie de district agréées». La caisse ghanéenne offrira une couverture médicale financièrement abordable aux travailleurs du secteur informel et à leurs familles, pour une prime annuelle équivalant à USD 18,00.

Source: Ghana (2003).

En 2005, le Maroc s'est engagé dans deux réformes de grande envergure pour élargir la couverture de soins de santé. La première a concerné le régime d'assurance maladie obligatoire pour les salariés du secteur public et ceux du secteur privé formel, basé sur les salaires, dont le taux de couverture est passé de 16 à 33 pour cent. La deuxième a porté sur la création d'une caisse publique pour financer les services fournis aux pauvres.

Par ses contributions financières, la plus grande confédération syndicale du Luxembourg a aidé le Ghana à élargir la couverture d'assurance maladie. Le même type de partenariat Nord-Sud a porté ses fruits au Kenya, avec la proposition de remplacement de la Caisse nationale d'assurance hospitalisation (qui ne couvre que les travailleurs du secteur formel) par une nouvelle Caisse nationale d'assurance maladie obligatoire. L'Agence allemande pour le développement, la GTZ, a fourni un important appui pour ce processus de réforme.³ Le nouveau régime a pour but de couvrir tous les Kényans aussi bien pour les soins en milieu hospitalier que pour les soins ambulatoires. Le Parlement kényan a adopté la loi d'habilitation en décembre 2004, mais l'entrée en vigueur de cette loi ne devrait pas avoir lieu avant 2009 (Muchuma, 2008). Comme au Ghana, le gouvernement kényan subventionnera les cotisations pour les personnes pauvres et défavorisées.

En 2007, le Nigeria a créé sa Caisse d'assurance maladie (HIF) avec l'appui financier du gouvernement néerlandais.⁴

Ce programme offre une couverture médicale de base (y compris un traitement en cas de VIH/SIDA) à environ 115 000 Nigériens à faibles revenus; il est destiné aux paysans, aux travailleurs du secteur informel, aux étudiants et aux femmes qui travaillent. Basé sur les cotisations, il est lié à l'une des plus grandes compagnies d'assurance maladie du Nigeria, et il fournit un accès à des services de soins de santé de troisième pilier. Doté d'un budget de 100 millions d'euros, ce régime cherche à s'étendre à d'autres pays africains.

D'autres pays sont engagés dans le même type d'action:

- En 2007, l'Office national de sécurité sociale du Zimbabwe a lancé, en partenariat avec le Ministère de la santé, le Régime national d'assurance maladie (*National Health Insurance Scheme, NHIS*), prévu de longue date, qui a pour but de fournir à tous les Zimbabwéens qui travaillent et dont l'âge est compris entre 18 ans et l'âge de la retraite, une assurance financièrement abordable.
- La même année, l'Ouganda a mis sur pied son régime public d'assurance maladie (SHI) à l'intention des salariés des secteurs formel et informel, avec pour objectif la couverture de la totalité de la population dans les cinq prochaines années.
- En 2007 également, le Gabon a mis au point un régime d'assurance maladie obligatoire, qui sera financé par des taxes spéciales sur les compagnies de téléphones mobiles.

3. Pour de plus amples informations, voir: <http://www.gtz.de/en/themen/soziale-entwicklung/soziale-sicherheit/12604.htm>

4. Pour de plus amples informations, voir: <http://www.pharmaccess.org/FileLib/HIF%20Newsletter%20Issue%202.pdf>

- La Tunisie a élargi sa couverture-santé aux travailleurs du secteur informel, aux pêcheurs, aux travailleurs indépendants, aux étudiants, aux stagiaires, aux employés de maison et à d'autres catégories de personnes à faibles revenus. Les mesures adoptées prennent en considération la faible capacité contributive de ces groupes de travailleurs (voir aussi encadré 3.2.).
- La Côte d'Ivoire a mis sur pied en 2004 un régime universel pilote d'assurance maladie, mais la poursuite de la guerre civile a empêché son extension à d'autres régions du pays.
- Le Botswana a pris des mesures en faveur de l'extension de ses services de santé à la population rurale par l'intermédiaire d'un réseau de centres de soins de santé primaires, de cliniques et de services mobiles.

Bien que ces développements et tendances montrent que de remarquables progrès ont été accomplis sur tout le continent, il reste encore d'énormes lacunes à combler. Les gens les plus pauvres ne parviennent souvent pas à bénéficier de ces programmes en raison de leur manque d'informations, par défaut de papiers d'identité, à cause des pénuries d'équipements, de la médiocrité des structures de mise en œuvre et des coûts d'accès prohibitifs (transport, temps d'attente, temps passé

loin du domicile, corruption et autres obstacles).

L'Afrique reste encore loin de la réalisation de l'objectif, basé sur les droits fondamentaux, de la couverture santé universelle. L'un des problèmes les plus importants est celui de l'extension de la couverture aux travailleurs du secteur informel, et ce problème est rendu plus complexe encore par l'instabilité de leurs revenus, leur capacité contributive limitée et le manque d'organisation et de solidarité dans ce secteur, alors que ce sont là deux éléments indispensables à la mise en commun et au partage des risques.

L'une des solutions retenues face à ces problèmes a été l'expansion des modes de financement volontaires de l'assurance maladie en Afrique. L'assurance maladie communautaire (AMC) constitue à cet égard un exemple remarquable. Ces régimes sont normalement mis sur pied par des associations communautaires, des coopératives ou des fournisseurs de soins de santé. L'AMC, qui cible les familles exclues des régimes de sécurité sociale du secteur formel parce que leurs membres exercent un travail indépendant ou comptent un ou plusieurs membres employés dans l'économie informelle, fonctionne sous la forme de régimes contributifs dans lesquels les services de santé sont

3.2. L'assurance maladie en Tunisie

Auparavant, le système d'assurance maladie tunisien se caractérisait par une prolifération de régimes qui n'étaient ni coordonnés ni harmonisés, avec des cotisations et des prestations très inégales. Les membres ne pouvaient pas choisir librement leur médecin. Les fournisseurs de services et les gestionnaires des régimes n'étaient pas satisfaits, et le gouvernement non plus car le coût des soins de santé augmentait plus vite que le PNB tunisien.

La récente réforme visait à mettre sur pied un système uniforme composé d'un régime de base obligatoire et de régimes complémentaires facultatifs. Le régime de base est géré par un nouvel organisme public dénommé Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), qui rend compte au Ministère chargé de la sécurité sociale. La CNAM administre également le régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Les régimes complémentaires facultatifs sont gérés par des compagnies d'assurance privées et par des mutuelles. Un accord-cadre définit les relations entre la nouvelle Caisse et les fournisseurs de soins de santé, notamment les tarifs des services médicaux, les systèmes de contrôle des coûts, la garantie de la qualité des services et les dispositions pour le règlement des litiges.

Un corps de médecins, dentistes et pharmaciens conseils a été créé au sein de la CNAM afin de renforcer les contrôles médicaux et de garantir leur qualité. Un Conseil national de l'assurance maladie a également été constitué pour surveiller et évaluer le fonctionnement du nouveau système, et garantir son équilibre financier.

fournis sans que les bénéficiaires aient à payer quoi que ce soit au moment du recours aux services en question (Ron, 2008).

L'AMC contribue à empêcher que davantage de familles ne tombent dans la pauvreté à cause des paiements directs des soins de santé. Elle contribue aussi à mieux sensibiliser les gens à l'importance de mécanismes de protection sociale de la santé financièrement abordables et viables. Cette approche suscite donc un intérêt croissant, mais elle n'en comporte pas moins certaines insuffisances: faibles taux de couverture, grande variété des programmes, différences dans la transférabilité des droits, graves contraintes administratives et financières, etc.

Grâce une volonté politique, la couverture universelle par un régime d'assurance maladie pluraliste, même

si elle fournit des prestations plus élevées à ceux qui paient davantage, peut devenir réalité. Les liens entre les régimes sont le point de départ indispensable pour les régimes pluralistes; le cas échéant, ils permettent au système de sécurité sociale existant qui couvre le secteur formel, d'aider les travailleurs indépendants et ceux du secteur informel ou de leur étendre la couverture (voir encadré 3.3.). Par exemple, l'approche retenue au Sénégal consiste à développer l'assurance maladie publique obligatoire pour le secteur formel parallèlement à l'assurance maladie communautaire volontaire pour le secteur informel, en établissant des liens entre les deux afin de créer des synergies dans le cadre d'une stratégie nationale d'intégration.

Comme le reconnaissent les gouvernements des pays membres de l'Union africaine, il est vital de faire en sorte que l'accès à des soins de santé de qualité soit

3.3. Le Rwanda prévoit de mettre sur pied un système pluraliste d'assurance maladie pour tous

Au Rwanda, l'assurance maladie communautaire, fournie par l'intermédiaire des caisses mutuelles de santé, a connu un énorme développement depuis son introduction en 1999. En 2008, les mutuelles couvrent plus de 75 pour cent de la population cible dans toutes les provinces, et le taux d'utilisation des soins de santé a beaucoup augmenté. Les cotisations, qui couvrent la totalité des membres d'un foyer, sont relativement faibles: les cotisations annuelles individuelles à une mutuelle s'élèvent à RWF 1000 (environ USD 2,00). Les services médicaux couverts comprennent tous ceux dispensés par des centres de santé, y compris les médicaments et certains services limités fournis par les hôpitaux.

Les coûts administratifs des mutuelles ont été maintenus en-dessous de 8 pour cent des recettes et un fonds de réserve central a été constitué en cas d'urgence. Les caisses mutuelles disposent de comités au niveau du district et à celui des centres de santé. En sus de ses orientations politiques, de son assistance technique et de sa supervision, le gouvernement central favorise aussi le système de mutuelles en octroyant une subvention à chaque district. Avec l'appui de la GTZ, l'Agence allemande pour le développement, il a récemment sollicité avec succès un Fonds mondial pour l'obtention d'une subvention pour la consolidation du système de santé. Cette aide permet de couvrir le coût des primes annuelles pour environ 10 pour cent des personnes les plus pauvres.

En 2001, la Caisse sociale du Rwanda (SSFR) a lancé un régime d'assurance médicale (RAMA) pour les travailleurs du secteur public. Les travailleurs du secteur privé membres de la SSFR peuvent y adhérer sur une base volontaire. Il existe un troisième régime pour les membres des forces armées: l'assurance médicale militaire (MM).

Le gouvernement cherche à renforcer la mise en commun, entre les trois piliers, du système d'assurance maladie du Rwanda en fusionnant les trois régimes de manière à couvrir tous les Rwandais.

Source: Caisse sociale du Rwanda (2008); Ron (2008).

financièrement abordable. Le défi à relever est de faire en sorte que ce droit humain devienne réalité. Mais ce ne devrait pas être uniquement aux Ministères de la santé que devrait échoir cette responsabilité. Les organisations de sécurité sociale doivent elles aussi agir en ce sens, ne serait-ce que pour faciliter l'intégration des soins de santé dans les systèmes de sécurité sociale.

Les organismes de sécurité sociale ont un important rôle à jouer: ils disposent du cadre juridique et des structures institutionnelles nécessaires pour ajouter les soins de santé aux prestations actuellement offertes. Ils devraient également être capables d'étendre les soins de santé aux travailleurs indépendants et à ceux du secteur informel. C'est en ce sens que les progrès à accomplir sur la voie de l'accès universel aux soins de santé devraient constituer un objectif essentiel de la sécurité sociale dynamique.

Dans le même temps, les ministères de la santé de tous les pays africains doivent également augmenter les budgets consacrés à la santé. Il est important de souligner que les partenaires internationaux du développement, les pays donateurs bilatéraux et les fonds mondiaux communs public-privé se sont déclarés prêts à soutenir le financement de la santé, et notamment de l'assurance maladie publique. Mais il faut que les pays concernés aient, dès le départ, le sentiment d'être vraiment parties prenantes au processus.

Des stratégies nationales globales, cohérentes et intégrées

La sécurité sociale dynamique implique le recours à des approches globales, cohérentes et intégrées afin de fournir à tous une protection sociale basée sur des droits. Par ces approches, les principaux objectifs des politiques individuelles devraient ne pas empiéter les uns sur les autres et être atteints plus rapidement, à un plus faible coût et avec une plus forte probabilité de succès. Elles permettent aussi de bénéficier du soutien des parties prenantes pour lesquelles les gains sont habituellement plus élevés que les coûts. Il est en outre plus facile de vendre un ensemble de prestations bien conçu que des polices d'assurance individuelles. Des stratégies explicitement formulées assurent également la transparence et améliorent la crédibilité, tout en abaissant le coût de l'innovation des politiques.

En Afrique, la plupart des pays n'ont pas encore mis en œuvre de stratégies nationales de sécurité sociale globales, cohérentes et intégrées. Dans plusieurs pays, chaque régime a sa propre législation avec un ministère de tutelle différent. En Tanzanie, il a été préconisé de créer une institution nationale chargée de réglementer, harmoniser, coordonner, contrôler et évaluer la performance des sept organismes de sécurité sociale du pays. Une harmonisation législative et institutionnelle est considérée comme nécessaire pour éliminer la fragmentation, rationaliser les taux de cotisation et les droits aux prestations et promouvoir des droits de transférabilité des prestations (Baruti, 2008).

Ces cinq dernières années, un nombre croissant de pays africains a élaboré des stratégies officielles de pro-

tection de sécurité sociale, en les intégrant dans des stratégies de développement de plus large portée:

- Le Ministère du développement social de l'Afrique du Sud a sans doute été le premier à suivre cette tendance en 2000. Depuis lors, le gouvernement sud-africain a progressivement étendu l'accès aux prestations sociales, a réformé les prestations de retraite et a élargi la couverture de l'assurance maladie et de l'assurance chômage. Il reconnaît explicitement que cette expansion représente un investissement dans les ressources humaines, dans la construction de la nation et dans le développement économique.
- En Afrique occidentale, le Cap-Vert et le Sénégal ont tous deux placé leurs stratégies nationales de protection sociale au rang des principales priorités de leurs stratégies de réduction de la pauvreté, avec des objectifs quantifiés au nombre desquels figure, par exemple, l'élargissement de la couverture de l'assurance maladie (de 20 à 40 pour cent de la population d'ici 2015).
- Le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, le Ghana, le Kenya, le Malawi, le Mali, la Mauritanie, le Rwanda, le Sierra Leone et la Zambie ont élaboré des stratégies nationales de protection sociale ou sont en train de le faire, et ils les ont, eux aussi, intégrées dans leurs stratégies nationales de réduction de la pauvreté.
- La Tanzanie est sur le point d'apporter la touche finale à son cadre national de protection sociale qui est lié à sa stratégie intégrante de réduction de la pauvreté et de croissance connue sous le nom de MKUKUTA. L'objectif de protection sociale de la

MKUKUTA consiste à assurer que 40 pour cent des personnes âgées éligibles soient couvertes par une protection sociale efficace d'ici 2010, que l'on trouve les moyens de verser des pensions mensuelles, que le soutien aux personnes âgées qui s'occupent d'enfants et de familles touchés par le VIH/SIDA soit renforcé et qu'il soit donné effet, dans la pratique, aux droits dont bénéficient actuellement les personnes âgées.

Ces stratégies sont la traduction de la reconnaissance par les gouvernements africains du fait que la sécurité sociale constitue un fondement du développement social et économique à long terme et que les stratégies

doivent être d'ampleur nationale et conçues en fonction du contexte social et politique spécifique au pays.

La sécurité sociale dynamique, pour l'Afrique, exige non seulement la viabilité à long terme mais aussi une logique interne qui facilite une réalisation progressive des objectifs (McKinnon, 2009). Le continent africain n'est actuellement pas en mesure de garantir à l'ensemble de sa population ses droits à la sécurité sociale. La sécurité sociale dynamique, pour l'Afrique, implique la mise en œuvre de ce qui est pratique, faisable et conforme à une stratégie favorisant le développement social et économique dans un sens plus large. Cela

4.1. Typologie des liens effectifs potentiels entre régimes de sécurité sociale

1. Liens financiers:

- Allègements fiscaux;
- Redistribution entre les régimes obligatoires et les régimes communautaires;
- Consolidation financière (transferts de risques, réassurance, fond de garantie);
- Mise en commun des risques afin de les diluer davantage.

2. Liens opérationnels/administratifs:

- Conseil technique;
- Echanges d'informations/bonnes pratiques;
- Partage de fonctions de gestion, par exemple le marketing/l'immatriculation, le recouvrement des cotisations, les procédures de demandes et leur traitement, la prévention de la fraude et le contrôle;
- Liens informatiques;
- Réglementation et/ou contrôle.

3. Liens de gouvernance:

- Représentation aux conseils d'administration ou aux autres organes de décision institutionnels.

4. Liens dans la fourniture des services de santé:

- Liens pour la conclusion des contrats, par exemple définition de l'ensemble de prestations offert; prévention et éducation à la santé/promotion de la santé; mécanismes de paiement des fournisseurs et prix; conclusion conjointe de contrats avec les fournisseurs; garantie de qualité et améliorations;
- Accès aux fournisseurs/réseaux de fourniture de services de santé.

5. Processus de planification politique:

- Participation conjointe à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies nationales de protection sociale;
- Similitudes des grands principes à respecter pour l'élaboration des politiques;
- Cohérence politique afin d'éviter que des structures d'incitation mal équilibrées aient des conséquences non souhaitées.

Source: Coheur et al. (2007).

nécessite d'adopter une attitude pragmatique envers les diverses méthodes institutionnelles et de financement: contributive, non contributive, financement par l'impôt, communautaire ou micro-assurance. La sécurité sociale dynamique pour l'Afrique est synonyme de ce que d'aucuns appellent «la sécurité sociale pour le développement» – un investissement dans les populations africaines via la formation de capital, la gestion des risques sociaux, le développement économique local et le soutien aux processus de réforme qui favorisent la bonne gouvernance et une croissance économique «pro-pauvre» et intégrative (OCDE-POVNET, 2008).

Les stratégies globales fonctionnent mieux lorsqu'elles optimisent l'efficacité administrative et opérationnelle des différents instruments et méthodes de financement, en utilisant une approche axée sur l'intégration, qui évite les contradictions, les doubles emplois ou la

concurrence entre les différents programmes et régimes. Des stratégies bien conçues permettent de créer des synergies et des liens dans plusieurs domaines: finances, administration, gouvernance, fourniture des services et planification (Konkolewsky, 2008). L'encadré 4.1. résume les différentes relations «gagnant-gagnant», dans les domaines de l'administration, de la gouvernance et de l'opérationnel, entre les divers régimes formels et informels.

Les systèmes de retraite à plusieurs piliers et les systèmes d'assurance maladie pluralistes peuvent lier des régimes non contributifs à des piliers contributifs obligatoires ou volontaires (voir encadré 4.2.), renforçant ainsi l'efficacité de la sécurité sociale sans que cela soit onéreux. Mais la conception de tels systèmes implique aussi que les parties prenantes puissent débattre ouvertement des éléments constitutifs à retenir.

4.2. Etablissement de liens entre les instruments de manière à constituer un système complet de sécurité sociale à plusieurs piliers

Le système de pensions de l'Île Maurice offre un exemple de synergies législatives, administratives et budgétaires permettant au législateur et aux institutions d'améliorer la coordination politique, de réduire la fragmentation dans la fourniture de la sécurité sociale et de mieux soutenir la volonté politique. La Loi de 1976 sur les pensions nationales de l'Île Maurice régit à la fois le régime de pensions non contributif et le régime de pensions contributif. Le Ministère de la sécurité sociale, de la solidarité nationale, du bien-être des personnes âgées et des institutions de la réforme, par l'intermédiaire du Service de la pension nationale (NPS), administre aussi bien la pension non contributive que le régime à cotisations définies qui couvre les travailleurs du secteur privé.

Initialement, les décideurs politiques avaient créé la pension non contributive comme mécanisme temporaire permettant de fournir une sécurité vieillesse de base jusqu'à ce qu'un régime contributif permanent puisse le remplacer. Depuis l'introduction des pensions contributives en 1976, les deux régimes fonctionnent simultanément de façon complémentaire. La pension non contributive représente environ 37 pour cent des gains de base d'un travailleur qualifié, et le système intégré fournit aux travailleurs qualifiés un revenu de pension combiné égal à 67 pour cent de leurs gains de base antérieurs respectifs.

Source: Gopee (2006).

Améliorer la gouvernance et renforcer la performance

L'amélioration de l'efficacité administrative et opérationnelle est un pilier essentiel de la sécurité sociale dynamique. La mondialisation aiguisé la concurrence – commerciale, mais plus souvent politique – à laquelle les organismes de sécurité sociale sont confrontés de la part des assureurs qui offrent souvent des services davantage orientés vers le client, bien qu'uniquement destinés à ceux qui ont les moyens de payer.

En matière de gouvernance, les problèmes des administrations de la sécurité sociale africaines sont importants. A titre d'exemple, les coûts administratifs dans six pays africains ayant fait l'objet d'enquêtes étaient compris entre 25 et 50 pour cent du total des recettes tirées des cotisations, ce qui est dix fois plus élevé que dans certains pays de l'OCDE (BIT, 2008a).

Les organisations membres africaines de l'AISS sont en train d'améliorer les capacités opérationnelles qui vont leur permettre de maintenir leurs positions sur le marché. Une bonne gouvernance exige un leadership fort et capable de mobiliser les volontés politiques, une gestion efficace garantissant une excellente performance, et un renforcement des capacités d'offre de services. Les développements survenus ces cinq dernières années montrent que les organisations de sécurité sociale s'ajustent de diverses façons pour pouvoir relever ces défis.

L'Institut de sécurité sociale et d'assurance nationale du Ghana a lancé en novembre 2005 une Charte de service

à la clientèle ayant pour objectif l'amélioration de la fourniture des services aux clients. La Charte contient des directives en matière de relations du personnel avec la clientèle, et vise à inculquer aux membres du personnel les valeurs clés d'une culture organisationnelle axée sur le client.

En Côte d'Ivoire, l'Institut de prévoyance sociale – Caisse nationale d'assurance sociale, qui était auparavant un organisme public national, est devenu une institution privée fournissant un service public. Le gouvernement a cédé la gestion de la Caisse aux parties prenantes dans l'espoir d'améliorer la performance administrative, en l'occurrence réduire les délais de traitement, simplifier les formalités et rapprocher la sécurité sociale des assurés.

Pour améliorer l'efficacité, renforcer la fiabilité de la fourniture des services, réaliser des économies d'échelle et réduire la corruption, le Ministère du développement social de l'Afrique du Sud a créé en 2005 l'Agence sud-africaine de sécurité sociale (*South African Social Security Agency, SASSA*). La SASSA s'est vue confier la tâche de consolider le mécanisme de fourniture des services, auparavant décentralisé, et d'octroyer de façon coordonnée et conviviale les prestations sociales versées sous condition de revenus.

La Caisse nationale de prévoyance sociale du Cameroun a sous-traité le recouvrement des cotisations et le contrôle du respect des obligations au Services fiscaux

du Ministère des finances, dont l'expertise dans ce domaine lui donnait un avantage comparatif. Depuis la conclusion de cet accord de coopération en 2003, le nombre des cotisations recouvrées a augmenté dans d'importantes proportions.

La Tunisie a lancé un programme pilote pour encourager les travailleurs du secteur informel dans la pêche et l'agriculture à verser des cotisations à la Caisse nationale de sécurité sociale, et elle a restructuré les régimes en vigueur pour le secteur formel afin de les rendre plus accessibles aux travailleurs du secteur informel.

Il y a peu de temps encore, les services nationaux libyens de la santé (*Libyan National Health Services*, LNHS) se caractérisaient par un système de prise de décisions centralisé et par une faible capacité de réaction aux demandes de la clientèle. De récentes réformes ont permis l'introduction d'une segmentation verticale avec une intégration horizontale au niveau des municipalités, ce qui a permis d'améliorer la fourniture des services.

Des organismes indépendants de réglementation et supervision sont importants pour appuyer les réformes du système et instiller une culture de gestion orientée vers les résultats. Un organisme de ce type a été créé au Sénégal en 2005, et la Tanzanie prévoit également d'en créer un (Baruti, 2008).

Au Nigeria, une Commission nationale des pensions (NPC) a été constituée en 2005 comme organisme réglementaire faitier en matière de pensions. Auparavant, c'était le Ministère fédéral du travail et de la productivité qui était l'organe de supervision de la Caisse d'assurance sociale du Nigeria (NSITF), alors que d'autres organismes supervisaient les pensions du secteur public. Le nouvel organisme réglementaire a pour mandat d'établir des règles, règlements et normes minimum uniformes, et d'assurer une supervision appropriée de tous les opérateurs du système de pensions.

La Caisse nationale d'assurance maladie de l'Algérie a introduit en 2007 une carte à puce électronique pour l'assurance santé, qui permet de simplifier les procédures administratives et d'éliminer les imprimés. Le temps de traitement des demandes de remboursement a été ramené de 30 à 5 jours, et les frais d'exploitation ont été réduits.

En Sierra Leone, le Fonds national d'assurance et de sécurité sociale (*National Social Security and National Insurance Trust*, SSNIT) a intégré en 2007 un système d'enregistrement biométrique à son système informatique existant. Ce système biométrique a pour but d'assurer un paiement rapide et sécurisé des prestations aux membres et aux personnes à leur charge. De plus,

5.1. Principaux enseignements tirés de la mise en œuvre des programmes de transferts sociaux

- Les systèmes d'immatriculation et de ciblage peuvent bénéficier de l'existence d'un seul et même registre de tous les membres et participants effectifs et potentiels;
- Les procédures administratives doivent être souples. Les plus pauvres ont un accès extrêmement limité aux ressources bureaucratiques nécessaires à l'indication de l'âge, du revenu et des données relatives aux autres critères d'éligibilité;
- Les procédures de paiement doivent servir les personnes les plus démunies et protéger leur dignité;
- Les procédures de recours et de dépôt de réclamations sont un circuit administratif essentiel pour résoudre le problème du risque fiduciaire, protéger les droits et promouvoir l'accès à la sécurité sociale;
- Les programmes pilotes génèrent des données concrètes sur la façon dont il faut mettre en œuvre les programmes de transferts sociaux et ils devraient être accompagnés de systèmes appropriés de suivi et d'évaluation;
- Le risque fiduciaire existe dans chaque programme de transferts sociaux. Il faut que des mécanismes administratifs minimisent les erreurs d'inclusion et d'exclusion.

Source: Adapté de Samson et al. (2006).

le financement centralisé des prestations de l'assurance maladie par les cotisations au SSNIT a permis d'augmenter le niveau des recettes du régime, ne serait-ce que parce que les assurés qui ont besoin de soins de santé font aujourd'hui davantage pression sur les employeurs pour qu'ils paient les cotisations dues.

L'apprentissage mutuel et les échanges d'expériences sur la mise en œuvre entre les organismes de sécurité sociale et les organismes d'exécution sont importants. Les programmes de transferts sociaux sont un domaine dans lequel il faudrait davantage de partage des connaissances (voir encadré 5.1.). De ce fait, il existe une demande croissante de manuels d'application des politiques⁵ et de formation,⁶ entre autres en ce qui concerne les solutions informatiques utilisables pour la fourniture des prestations en espèces – domaine dans lequel certains organismes africains de sécurité sociale ont recours à des techniques de pointe pour l'identification personnelle et la fourniture des prestations, et sont bien placés, au niveau mondial, pour partager utilement leur expérience.⁷

5. L'EPRI constitue un excellent exemple à cet égard : <http://www.epri.org.za/papers.html>

6. Pour de plus amples informations, voir : <http://www.epri.org.za/course02.html>

7. Pour de plus amples informations, voir : <http://www.wahenga.net/index.php/herds/resources/>

Conclusions: la sécurité sociale en tant que «moyen» et «fin»

Les développements et tendances identifiés et analysés dans le présent rapport montrent en quoi les aspirations africaines à réaliser un large éventail d'objectifs de sécurité sociale concordent parfaitement avec un grand nombre des aspirations de l'AISS à une sécurité sociale dynamique. C'est le cas par exemple de l'amélioration de la gouvernance, l'administration, le maintien du revenu, la réduction de la pauvreté, les soins de santé, la prévention et la réadaptation, qui sont tous des domaines dans lesquels l'accomplissement de progrès peut contribuer, globalement, à favoriser une croissance générale et à renforcer la cohésion sociale.

L'Afrique, à juste titre, est en train de construire son approche de la sécurité sociale dynamique d'une façon évolutive, en s'appuyant sur le contexte social et politique qui lui est spécifique, mais avec des liens évidents avec le reste du monde qui démontrent la pertinence des transferts de connaissances au niveau international. L'Afrique ne suit pas les nations plus riches, elle crée des institutions et met au point des interventions qui lui sont propres, en fonction de ses priorités et de ses ressources, et en tenant compte des enseignements tirés de l'expérience internationale.

Il a été démontré que de nombreux pays africains peuvent se permettre ne serait-ce que de modestes niveaux de sécurité sociale universelle. Un ensemble de prestations modeste, comprenant des soins de santé universels, des pensions de vieillesse et d'invalidité non contributives, des prestations pour enfants et une

assistance sociale ciblée coûterait moins de 6 pour cent du PIB dans un pays comme la Tanzanie. Lorsque la volonté politique est présente, la plupart des pays peuvent se permettre un certain niveau de sécurité sociale universelle financée à l'échelon national, encore que certains d'entre eux aient besoin d'une aide initiale de la communauté des donateurs (BIT, 2008b). Le message encourageant est que de nombreux pays africains font d'importants progrès dans la réalisation de l'accès universel aux soins de santé et aux pensions non contributives.

Les avancées futures en Afrique, qui seront à coup sûr progressives, pourraient conduire à la mise en place de systèmes à plusieurs piliers comprenant, de façon complémentaire, des prestations en espèces contributives et non contributives, et une assurance maladie. Il y aura donc inévitablement des améliorations progressives en ce qui concerne non seulement les niveaux de couverture, mais aussi la portée et l'adéquation aux besoins des prestations et des services. Malgré la nécessité urgente de trouver des solutions de sécurité sociale durables en Afrique, de tels défis à long terme ne peuvent que rarement être relevés rapidement. C'est sur la base de cette observation que l'on devrait fixer comme premier objectif la construction d'un fondement solide de protection sociale pour tous. Ce n'est qu'ensuite que l'on pourrait élaborer des prestations et services plus complets en fonction des capacités qui auront été renforcées et en fonction de la demande et des priorités, qui sont en constante évolution.

Actuellement, la plupart des pays africains doivent encore instaurer des dispositions de sécurité sociale adéquates pour l'ensemble du cycle de vie. Les approches globales de la réduction de la pauvreté des enfants brillent par leur absence dans de nombreux pays, et ce en dépit des travaux de recherche internationaux qui ont prouvé que des prestations pour enfants, en espèces et universelles, sont financièrement abordables pour ces pays et qu'elles ont un impact potentiel sur le bien-être et le développement (BIT, 2008b).

Se tournant vers l'avenir, les pays reconnaissent de plus en plus l'intérêt d'une approche de la sécurité sociale globale, cohérente et intégrée, à mettre en œuvre dans le cadre des stratégies nationales de développement. Pour les organismes de sécurité sociale, il va devenir vital de travailler en étroite collaboration avec les ministères chargés de superviser ces développements.

Les expériences et innovations africaines dans le domaine de la sécurité sociale ont permis au reste du monde de disposer aujourd'hui de données précieuses qui peuvent s'avérer fort utiles pour la mise en œuvre de certains systèmes de sécurité sociale, et ce même dans les pays les plus développés. En tirant parti de l'informatique et des innovations institutionnelles, en éliminant les éléments susceptibles de jeter un discrédit, les pays africains, par leur réussite, peuvent attirer l'attention sur les principaux problèmes auxquels sont confrontés aussi bien les pays riches que les pays pauvres.

Les antécédents institutionnels qui, à différents degrés, peuvent contribuer à restreindre le développement institutionnel de la sécurité sociale, montrent bien à quel point il est important de réfléchir de manière approfondie aux principes, aux solutions pratiques et aux capacités requises avant d'institutionnaliser les principales interventions. L'accumulation de connaissances au niveau africain et mondial s'avère extrêmement précieuse pour ce faire, et les institutions et ressources émergentes contribuent au développement des capacités et au partage de l'expérience acquise. D'importantes initiatives d'apprentissage inter-régional Sud-Sud⁸ com-

mencent aujourd'hui à compléter les dispositifs Nord-Sud, plus traditionnels, de renforcement des capacités.

La réalisation des aspirations de l'Afrique à la sécurité sociale en tant que «moyen» aussi bien qu'en tant que «fin» va probablement dépendre, à un degré important, du succès dans l'amélioration de la gouvernance des administrations de la sécurité sociale, telle qu'elle est définie par le cadre conceptuel de l'AISS «pour une sécurité sociale dynamique». Cela va nécessiter la mise à contribution des principales institutions régissant les interventions qui y sont associées. La bonne gouvernance, cela commence par un leadership fort, capable en particulier de mobiliser la volonté politique indispensable, les capacités administratives et économiques, les systèmes de fourniture de services et de gestion, et les mécanismes permettant de coordonner et d'intégrer les différents régimes au service de la population du pays.

Il va sans dire que les défis auxquels est confrontée l'Afrique sont énormes. En dépit des importants progrès accomplis ces cinq dernières années décrits dans le présent rapport, les pays africains souffrent encore de graves lacunes dans la satisfaction des droits de leur population à la sécurité sociale. De si profonds écarts entre les droits des citoyens et leur réalisation n'existent dans aucune autre région du monde.

L'énormité de ce problème met cependant en lumière le rôle crucial que la sécurité sociale dynamique peut – et doit – jouer. Les investissements nécessaires dans les systèmes africains de sécurité sociale seront rentables, non seulement en termes de meilleure gouvernance, d'amélioration de l'administration, de renforcement des prestations de la sécurité sociale et de réduction de la pauvreté, mais aussi en favorisant activement le développement des capacités et potentiels productifs des populations, en termes de sociétés plus ouvertes et de croissance économique «pro-pauvres» et durable.

8. Voir par exemple: http://www.undp-povertycentre.org/publications/cct/brazil/news_eng.pdf

Références

- Baruti, E. 2008. *The social security reforms in Tanzania: Can SSIS facilitate the fight against poverty?* (Rapport de conférence, 33^e ICSW Global Conference, Tours, France, 30 juin - 3 juillet).
- Ben Braham, M. 2008. *Pension systems generosity in North Africa* (Networks Financial Institute Working Paper, n° 2008-WP-06). Bloomington, IN, Université de l'Indiana. Disponible sur le site http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1141890 (consulté le 19 septembre 2008).
- BIT. 2008a. *In Africa* (Social Security Department Information Sheet). Genève, Bureau international du Travail. Disponible sur le site <http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/projects/africa.htm> (consulté le 17 septembre 2008).
- BIT. 2008b. *Can low-income countries afford basic social security?* (Social Security Policy Briefings, n° 3). Genève, Bureau international du Travail. Disponible sur le site <http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy3e.pdf> (consulté le 29 août 2008).
- Caisse sociale du Rwanda. 2008. *La Caisse sociale du Rwanda* (Rapport de conférence de l'AISS, Forum régional de la sécurité sociale pour l'Afrique, Kigali, Rwanda, 18 - 21 novembre). Genève, Association internationale de la sécurité sociale.
- Coheur, A.; et al. 2007. *Articulations entre les régimes légaux de sécurité sociale et les mécanismes de protection sociale à base communautaire: Une nouvelle approche prometteuse* (Rapport technique, n° 9). Genève, Association internationale de la sécurité sociale. Disponible sur le site <http://www.issa.int/fre/Ressources/Rapports-techniques/Articulations-entre-les-régimes-légaux-de-sécurité-sociale-et-les-mécanismes-de-protection-sociale-à-base-communautaire> (consulté le 19 septembre 2008).
- Croome, D.; Mapetla, M. 2007. *The impact of the old-age pension in Lesotho: Pilot survey results of the Manonyane Community Council Area, Roma*. Rome, Institute of Southern African Studies.
- Devereux, S. 2001. *Social pensions in Namibia and South Africa* (IDS Discussion Paper, n° 379). Brighton, Institute of Development Studies.

- Devereux, S.; Sabates-Wheeler, R. 2004. *Transformative social protection* (IDS Working Paper, n° 232). Brighton, Institute of Development Studies.
- Duflo, E. 2000. *Grandmothers and granddaughters: Old age pension and intra-household allocation in South Africa* (MIT Department of Economics Working Paper, n° 00-06). Cambridge, MA, Massachusetts Institute of Technology.
- Edmonds, E.V. 2004. *Does illiquidity alter child labor and schooling decisions? Evidence from household responses to anticipated cash transfers in South Africa* (NBER Working Paper, n° 10265). Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research.
- Ghana. 2003. *National Insurance Act, 2003* (Act 650). Accra, Assembly Press.
- Gopee, R. 2006. *The adequacy of current social security benefits* (Rapport de conférence, Colloque des Directeurs d'institutions de sécurité sociale des pays anglophones d'Afrique, Mahé, Seychelles, 3-6 octobre). Genève, Association internationale de la sécurité sociale.
- Kakwani, N.; Subbarao, K. 2005. *Aging and poverty in Africa and the role of social pensions* (Social Protection Discussion Paper Series, n° 0521). Washington, DC, Banque mondiale.
- Kangas, O.; Palme, J. (sous la dir. de). 2005. *Social policy and economic development in the Nordic countries* (UNRISD Social policy in a development context series). Basingstoke, Palgrave.
- Konkolewsky, H.H. 2008. *Keynote address* (Rapport de conférence de l'AISS, Forum régional de la sécurité sociale pour l'Afrique, Kigali, Rwanda, 18-21 novembre). Genève, Association internationale de la sécurité sociale.
- McKinnon, R. 2007. «Une sécurité sociale dynamique: orienter le changement et élargir la protection», dans *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 60, n° 2-3.
- McKinnon, R. 2009. «The ISSA and dynamic social security: Global social governance and local social action», dans *Global Social Policy*, vol. 9, n° 1 (à paraître).
- Mkandawire, T. (sous la dir. de). 2004. *Social policy in a development context* (UNRISD Social policy in a development context series). Basingstoke, Palgrave.
- Mkandawire, T. 2005. *Targeting and universalism in poverty reduction* (Programme on Social Policy and Development Paper, n° 23). Genève, Nations Unies – Institut de recherche pour le développement social. Disponible sur le site [http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/\(httpPapersForProgrammeArea\)/955FB8A594EEA0B0C12570FF00493EA?OpenDocument](http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/(httpPapersForProgrammeArea)/955FB8A594EEA0B0C12570FF00493EA?OpenDocument) (consulté le 29 août 2008).
- Mkandawire, T. 2006. «Transformative social policy – Lessons from UNRISD research», dans *UNRISD Research and Policy Brief*, n° 5.
- Muchuma, I. 2008. «New health insurance scheme bill to be tabled», dans *KBC News*, 28 août. Disponible sur le site <http://www.kbc.co.ke/story.asp?ID=52131> (consulté le 19 septembre 2008).
- OCDE. 2007. *Promoting pro-poor growth: Policy guidance for donors* (DAC Guidelines and reference series). Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.
- OCDE-CAD/POVNET. 2008. *Good practice notes*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques – Réseau du Comité d'aide au développement sur la réduction de la pauvreté.

- Ravallion, M. 2003. *The debate on globalization, poverty and inequality: Why measurement matters* (Research Working Paper Series, n° 3038). Washington, DC, Banque mondiale.
- Robalino, D.; et al. 2005. *Pensions in the Middle East and North Africa: Time for change* (Orientations in Development Series). Washington, DC, Banque mondiale.
- Ron, A. 2008. *L'extension de la couverture de soins de santé dans les systèmes de sécurité sociale* (Rapport de conférence de l'AISS, Forum régional de la sécurité sociale pour l'Afrique, Kigali, Rwanda, 18 - 21 novembre). Genève, Association internationale de la sécurité sociale.
- Roy, D.; Subramanian, A. 2001. *Who can explain the Mauritian miracle: Meade, Romer, Sachs, or Rodrik?* (IMF Working Paper, n° 01/116). Washington, DC, Fonds monétaire international.
- Samson, M.; et al. 2002. *Research review on social security reform and the basic income grant for South Africa* (EPRI Research Paper, n° 31). Le Cap, Economic Policy Research Institute. Disponible sur le site <http://www.epri.org.za/rp31.htm> (consulté le 19 septembre 2008).
- Samson, M.; et al. 2004. *The social and economic impact of South Africa's social security system* (EPRI Research Paper, n° 37). Le Cap, Economic Policy Research Institute. Disponible sur le site <http://www.epri.org.za/rp37.htm> (consulté le 19 septembre 2008).
- Samson, M.; et al. 2006. *Designing and implementing social transfer programmes* (EPRI Research Paper, n° 38). Le Cap, Economic Policy Research Institute. Disponible sur le site <http://www.epri.org.za/rp38.html> (consulté le 19 septembre 2008).
- Sigg, R. 2007. «Introduction: une sécurité sociale dynamique», dans *Développements et tendances: une sécurité sociale dynamique*. Genève, Association internationale de la sécurité sociale.
- Skweyiya, Z. 2008. *Second reading of Social Assistance Amendment Bill (16/05/2008)*. Le Cap, Gouvernement d'Afrique du Sud. Disponible sur le site http://www.polity.org.za/article.php?_id=133568 (consulté le 22 septembre 2008).
- SSA; AISS. 2007. *Social security programmes throughout the world: Africa 2007*. Washington, DC, Administration de la sécurité sociale. Disponible sur le site <http://www.issa.int/fre/Observatoire/Profils-des-pays> (consulté le 19 septembre 2008).
- Touahri, S. 2008. «As Morocco faces ageing population, pension funds get renewed attention», dans *Magharebia*, 30 mars. Disponible sur le site http://www.magharebia.com/cocoon/awi/xhtml1/en_GB/features/awi/features/2008/03/30/feature-01 (consulté le 21 septembre 2008).

Une sécurité sociale dynamique pour l'Afrique : une stratégie pour le développement

Une sécurité sociale dynamique pour l'Afrique: une stratégie pour le développement recense, résume et analyse les développements et tendances les plus récents dans le domaine de la sécurité sociale en Afrique. Le rapport attire l'attention sur les progrès constatés dans la réalisation d'un large éventail d'objectifs politiques, notamment dans les domaines de la gouvernance, de l'administration, du maintien du revenu, de la réduction de la pauvreté et de l'accès aux soins de santé. Comme souligné dans les conclusions du rapport, des progrès importants et fondamentaux ont été accomplis dans l'amélioration de la sécurité sociale en Afrique.

Le présent rapport est le premier d'une série de quatre rapports régionaux sur les développements et tendances dont l'objectif est d'accompagner et appuyer le programme de travail de l'AISS durant la période triennale 2008 - 2010. En combinaison avec les rapports pour les Amériques, l'Asie et le Pacifique et l'Europe, ces rapports, de par leur portée régionale, refèrent une nouvelle approche de l'Association, qui va permettre de mieux décrire et comprendre les principaux problèmes auxquels sont confrontées les organisations membres de l'AISS dans les différentes régions du monde, et d'en tirer des enseignements.

L'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) est l'organisation internationale mondiale principale qui rassemble les administrations et les caisses nationales de sécurité sociale. L'AISS compte 350 organisations membres dans 150 pays, dont 81 organisations dans les 44 pays d'Afrique.