

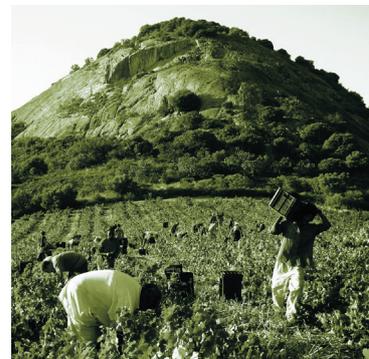


issa

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE | AISS

DÉVELOPPEMENTS & TENDANCES

Afrique: un nouvel équilibre pour la sécurité sociale



Afrique: un nouvel équilibre pour la sécurité sociale

DÉVELOPPEMENTS ET TENDANCES

Association internationale de la sécurité sociale
Genève, 2011

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. Pour obtenir un droit de reproduction ou de traduction, veuillez en faire la demande auprès de 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.

Ce rapport est disponible en version électronique à l'adresse: www.issa.int.

Egalement publié en anglais:
Africa: A new balance for social security

Imprimé en Suisse

ISBN 978-92-843-2197-0
ISSN (imprimé) 2071-3924
ISSN (en ligne) 2071-3932

© Association internationale de la sécurité sociale 2011

Table des matières

v | PRÉFACE

1 | CHAPITRE 1 Introduction

5 | CHAPITRE 2 Démarches proactives et préventives

13 | CHAPITRE 3 Extension de la couverture

19 | CHAPITRE 4 Adéquation et qualité des prestations et services de la sécurité sociale

25 | CHAPITRE 5 Efficience et efficacité administratives et opérationnelles

31 | CHAPITRE 6 Conclusion

35 | RÉFÉRENCES

39 | APPENDICE

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été élaboré sous la responsabilité de l'Observatoire de la sécurité sociale de l'AISS.

Il a été préparé par Magid Fathallah, Shea McClanahan, Maribel Ortiz et Yukun Zhu, avec les contributions et les commentaires de Simon Brimblecombe, Svenja Falk, Wouter van Ginneken, Florian Léger, Philippe Marcadent, Ariel Pino, Aviva Ron et Jens Schremmer.

Roddy McKinnon a révisé le rapport. Frédérique Bocquet a apporté un soutien rédactionnel. Alexander Belopopsky a coordonné la mise en page et la production du document.

Préface

Ce rapport de la série *Développements et tendances* a été préparé en vue du deuxième Forum régional de la sécurité sociale pour l'Afrique, organisé par l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), et qui sera accueilli par la Caisse nationale de sécurité sociale (NSSF) du 5 au 7 décembre 2011 à Arusha, République-Unie de Tanzanie. Ce rapport régional consacré à l'Afrique — de même que les rapports élaborés pour les Amériques, l'Asie et le Pacifique, et l'Europe — vise à soutenir les efforts permanents déployés par l'AISS pour mieux comprendre et traiter les principaux défis auxquels sont confrontées ses organisations membres dans les différentes régions du monde.

Ce deuxième rapport régional pour l'Afrique s'appuie sur les conclusions de deux autres volumes de la série *Développements et tendances*, le rapport régional présenté à Kigali en 2008, et le rapport global de 2010, préparé pour le Forum mondial de la sécurité sociale organisé au Cap. Ces différents documents confirment le rôle de la sécurité sociale dynamique en tant qu'élément décisif pour la réalisation des objectifs de développement national dans les pays d'Afrique. Ils montrent également qu'il faut redoubler d'efforts pour étendre la sécurité sociale sur ce continent, ce qui permettrait de faire reculer la pauvreté et d'investir dans le capital humain.

A partir des résultats des études plus larges qu'elle a menées au cours du dernier triennium, l'AISS a identifié pour la période 2011-2013 quatre principaux axes de recherche qui abordent les aspects essentiels de la sécurité sociale dynamique, à savoir: démarches proactives et préventives dans la sécurité sociale; extension de la couverture de sécurité sociale; adéquation et qualité des

prestations et services de la sécurité sociale; et efficacité administratives et opérationnelles. Ces différents thèmes constituent la trame du présent rapport.

Le choix de ces thèmes, associés à d'autres priorités régionales, contribue à orienter le réseau de bureaux de liaison et de points focaux de l'AISS pour les pays d'Afrique dans leurs activités visant à proposer aux experts un espace de discussion pour la coopération régionale et l'échange de connaissances techniques. En cela, ce réseau régional constitue l'essence même, et la force de l'AISS: une plateforme destinée à favoriser une coopération active entre les organisations membres pour le développement et la promotion de la sécurité sociale.

Ce rapport de *Développements et tendances* vise un double objectif: d'une part, synthétiser et interpréter les principaux développements et tendances en Afrique aujourd'hui, et d'autre part constituer le document de référence pour la session éponyme du Forum régional de la sécurité sociale pour l'Afrique qui se tiendra à Arusha. Au cours de ce forum, les discussions donneront à chacun d'entre nous la possibilité d'examiner ce document et de le compléter. J'espère que ce rapport pourra inspirer et stimuler nos débats, et je vous invite tous à y contribuer activement avant, pendant et après le Forum régional de la sécurité sociale pour l'Afrique. Les résultats de ces discussions seront présentés au Forum mondial de la sécurité sociale, qui aura lieu du 10 au 15 novembre 2013 à Doha, au Qatar.

Hans-Horst Konkolewsky
Secrétaire général

Introduction

Un des éléments essentiels du mandat de l’AISS consiste à promouvoir l’excellence dans l’administration de la sécurité sociale. La poursuite de cet objectif vise à contribuer à améliorer l’adéquation et la qualité des prestations et des services fournis aux populations, tandis que les progrès réalisés en matière d’efficacité opérationnelle et d’efficacité des programmes devraient renforcer la viabilité des systèmes de sécurité sociale.

Afin de soutenir les organisations de sécurité sociale dans leurs efforts pour parvenir à l’excellence administrative et d’assurer la viabilité des systèmes de sécurité sociale d’une manière générale — objectifs primordiaux pour améliorer la protection sociale des populations — l’AISS a identifié quatre principaux thèmes de recherche, qui abordent les aspects essentiels de la sécurité sociale dynamique (voir encadré 1.1.).

Tendance mondiale vers un nouvel équilibre de la sécurité sociale

L’analyse des développements et tendances observés à l’échelle mondiale révèle un mouvement émergent vers ce que l’on qualifie dans ce rapport de «nouvel équilibre de la sécurité sociale», en ce sens que la plupart des systèmes et régimes de sécurité sociale accordent désormais une plus grande place aux interventions

prospectives et précoces (démarches proactives et préventives). Même si le rythme et la portée de cette évolution varient d’une région de l’AISS à l’autre (Afrique, Amériques, Asie et Pacifique, et Europe), la tendance observée est quasi-générale.

Une des conséquences directes de ce rééquilibrage à l’échelle internationale — dont les manifestations ont été signalées pour la première fois dans le rapport global *Développements et tendances* préparé pour le Forum mondial de la sécurité sociale au Cap (AISS, 2010a) — est la propension croissante des autorités nationales à renforcer, lorsque cela s’avère possible et approprié, le rôle de la sécurité sociale en matière de prévention et de réinsertion.

Cette tendance est en partie impulsée par la nécessité d’assurer la viabilité financière des régimes et des systèmes de sécurité sociale, mais ces derniers sont aussi de plus en plus nombreux à intégrer le concept de valeur ajoutée que représente pour la société «l’investissement dans l’humain». Un tel investissement permet en effet de soutenir l’emploi, d’améliorer les indicateurs de santé et de développer l’autonomie des populations couvertes. L’objectif visé à plus long terme est l’instauration de sociétés socialement inclusives et d’économies productives.

1.1. Quatre thèmes de recherche

- Démarches proactives et préventives dans la sécurité sociale
- Extension de la couverture de sécurité sociale
- Adéquation et qualité des prestations et services de la sécurité sociale
- Efficience et efficacité administratives et opérationnelles

Du point de vue de l'amélioration de la conception et de l'administration des régimes de sécurité sociale, les interventions prospectives et précoces nécessitent une plus grande collaboration et coordination institutionnelles en matière de gestion des risques. La mise en œuvre de ces interventions requiert par ailleurs une adaptation constante au niveau des ressources humaines, des processus opérationnels et de l'administration des organisations de sécurité sociale.

Cette tendance vers un nouvel équilibre de la sécurité sociale a de vastes répercussions: elle soutient les efforts visant à étendre la couverture, améliore l'adéquation et la qualité des prestations et des services de la sécurité sociale, et renforce l'efficacité et l'efficacités administratives et opérationnelles — les trois autres thèmes autour desquels s'articuleront les chapitres de cette série de rapports.

Défis et développements en Afrique

Parmi toutes les régions de l'AISS, c'est sans doute en Afrique que l'évolution vers un nouvel équilibre de la sécurité sociale est la moins marquée; le présent rapport montre néanmoins que cette tendance commence à se dessiner dans la plupart des pays du continent, notamment à travers le soutien aux investissements en faveur de la santé et de l'emploi. Le défi qui se pose aux pays africains consiste à renforcer le rôle des interventions prospectives et précoces dans les régimes de sécurité sociale, notamment en ce qui concerne la conception et la mise en œuvre de programmes de soins de santé et de prise en charge des accidents du travail.

Pour de nombreux pays d'Afrique, la priorité majeure consiste à résoudre au mieux le problème des faibles niveaux de couverture et ce par des systèmes de sécurité sociale qui, de surcroît, ne couvrent généralement qu'un nombre limité de risques (voir Appendice); cette problématique présente des difficultés importantes en termes de conception et de mise en œuvre des politiques. Les pays doivent en outre s'efforcer d'étendre la couverture de sécurité sociale dans un contexte marqué par

de nombreuses contraintes externes, telles que la taille de la population rurale, l'étendue de l'emploi informel — et donc une assiette fiscale restreinte, l'insuffisance des infrastructures sociales de base, l'incidence élevée des maladies infectieuses et la prévalence croissante des maladies chroniques, un fort taux d'illettrisme, les inégalités entre hommes et femmes, et un climat général d'insécurité. Ce rapport conclut néanmoins sur une note d'optimisme en montrant qu'une extension rapide de la couverture reste malgré tout possible dans ces pays.

Au cours des dernières années, les gouvernements africains ont souscrit à l'idée que la protection sociale constitue un moyen de faire reculer la pauvreté et les inégalités et d'améliorer la santé et le bien-être général des habitants, comme en témoignent les plans d'action régionaux de grande envergure adoptés ces dernières années¹. Ces développements, associés au consensus international croissant en faveur de l'Initiative des Nations Unies pour un socle de protection sociale constitué des droits essentiels à un revenu minimum garanti et aux soins de santé, laissent penser que les difficultés liées à la conception et à la mise en œuvre des politiques ainsi qu'à des contraintes externes peuvent être surmontées. Dans la plupart des pays africains, il est cependant nécessaire de renforcer le dialogue social, afin de définir clairement le rôle que les organisations de sécurité sociale peuvent jouer dans la mise en œuvre de stratégies nationales cohérentes en matière de protection sociale.

Il est communément admis que chaque pays a la responsabilité de mettre progressivement en œuvre, en premier lieu, des mesures garantissant un niveau minimum de protection sociale à sa population. Compte tenu des spécificités politiques, culturelles, démographiques et économiques propres à chaque pays africain, chacun d'entre eux devra prendre des mesures adaptées à ses priorités nationales et à ses capacités institutionnelles. Dans le même temps, toutes les organisations de sécurité sociale du continent devront pour leur part veiller

1. Par exemple, le Plan d'action de Ouagadougou sur la promotion de l'emploi et la réduction de la pauvreté (2004); le Cadre de politique sociale pour l'Afrique adopté à Windhoek en 2008 (dont les précurseurs ont été l'Appel à l'action pour la protection sociale, lancé à Livingstone en 2006, et l'Appel à l'action de Yaoundé (2006); la Déclaration de Khartoum de 2010; et le Plan de protection sociale 2011-2015 pour les travailleurs de l'économie informelle et les travailleurs ruraux, adopté à Yaoundé.

à apporter des améliorations constantes et quantifiables à la gouvernance, au financement et à l'administration des programmes de sécurité sociale existants, qu'ils soient contributifs ou financés par l'impôt. Ces améliorations devraient permettre de soutenir les efforts de plus grande envergure déployés pour assurer une extension effective de la couverture et élargir l'accès des populations à des prestations et des services adéquats et durables.

Ce rapport a donc pour objet d'identifier et de présenter des accomplissements liés aux développements et tendances de la sécurité sociale en Afrique, en particulier des exemples d'excellence administrative et de bonnes pratiques.

De telles avancées ne signifient toutefois pas que le chemin s'arrête là. Comme le souligne clairement ce rapport, les administrations de sécurité sociale ont le devoir de s'engager de manière proactive dans le débat politique national, aussi loin que leur mandat le leur permet. En agissant de la sorte, elles peuvent contribuer de manière positive à la réalisation d'une sécurité sociale pour tous.

Démarches proactives et préventives

Au cours des dernières années, la sécurité sociale a généralement orienté sa politique de manière à définir des stratégies favorisant des démarches proactives et préventives. Bien qu'il s'agisse encore d'une tendance très récente en Afrique, on constate que nombre de gouvernements africains et d'organisations de sécurité sociale prennent des mesures pour anticiper davantage les besoins en prestations et mieux y répondre, voire dans certains cas les alléger. Ces mesures concernent plus particulièrement les domaines des soins médicaux, de la santé et de la sécurité au travail, des régimes relatifs aux accidents du travail, de la promotion de l'emploi et de la réinsertion sur le marché du travail.

Les démarches proactives et préventives en matière de sécurité sociale entreprises par les pays d'Afrique visent à contribuer à gérer sur le long terme les prestations, qui représentent pour nombre d'organisations de sécurité sociale une charge de plus en plus lourde; elles ont par ailleurs pour objet de mieux répondre aux risques et aux besoins chroniques qui n'ont jamais été traités jusqu'à présent. Cela dit, compte tenu de la persistance de lacunes dans la couverture, tous les régimes de sécurité sociale tendant à élargir cette dernière aux groupes de population les plus difficiles à toucher pour diminuer à terme leur précarité peuvent être considérés par définition comme proactifs et préventifs.

Soutenir la santé

L'adoption d'une démarche proactive et préventive dans les soins médicaux a pour moteur la nécessité pour les systèmes de sécurité sociale en place d'inclure des prestations de santé. Aujourd'hui, en Afrique, la plupart des systèmes dispensent des prestations vieillesse, invalidité et survivants, et accidents du travail, mais pas de

prestations de santé. Cette situation s'explique notamment par le fait qu'il s'avère plus complexe de financer et de fournir des soins de santé adaptés et de répondre aux besoins des assurés, qui sont par essence plus difficiles à prévoir et propres à chaque individu.

On observe néanmoins une augmentation notable des efforts déployés pour élargir l'accès aux soins de santé en Afrique et, bien souvent, pour développer de réelles mesures de prévention. On peut notamment citer l'exemple des réglementations encadrant l'extension de l'assurance maladie au Gabon, en Mauritanie et au Mali, qui incluent explicitement des mesures de prévention. Même si, dans un nombre croissant de pays, ces évolutions se font à l'échelle nationale, elles reposent parfois sur des programmes plus petits, mis en place indépendamment des systèmes de sécurité sociale (McIntyre *et al.*, 2008; Carrin *et al.*, 2008). Ils s'adressent alors plutôt aux travailleurs du secteur informel par le biais d'initiatives communautaires et ne garantissent généralement pas un accès à vie aux prestations, ni la portabilité de ces dernières.

Par ailleurs, certaines des priorités identifiées comme essentielles en matière d'activités proactives et préventives pour les systèmes de soins de santé africains visent à mieux traiter les maladies chroniques, telles que le VIH/sida, et les taux élevés de mortalité maternelle.

Maladies chroniques

La plupart des pays africains doivent aujourd'hui supporter le double fardeau des maladies contagieuses et non contagieuses, ainsi qu'une augmentation des pathologies chroniques comme l'hypertension, le diabète et les maladies cardiaques. Les organisations de

sécurité sociale pourraient envisager de travailler plus étroitement avec leurs partenaires afin de sensibiliser davantage la population à ces risques et de mettre en œuvre des programmes permettant la détection précoce et la gestion de ces maladies. La perspective d'atténuer la souffrance qu'elles causent justifierait à elle seule les investissements nécessaires. En outre, le traitement des complications dues aux maladies chroniques représentant une part importante et en augmentation du coût des soins, les organisations de santé — et dans certains cas les régimes d'assurance maladie et invalidité — pourraient tirer un avantage financier direct d'un soutien aux stratégies de prévention. La Caisse nationale d'assurance maladie de la République-Unie de Tanzanie (NHIF) finance par exemple les activités sportives des assurés présentant un risque élevé de développer des pathologies chroniques.

Bien que les efforts destinés à créer des programmes spéciaux de prévention des maladies chroniques restent limités en Afrique, les appels à l'action lancés dans toute la région — tels que la Déclaration et la stratégie sur le diabète en Afrique (*The African Declaration and Strategy for Diabetes*), signée en 2006 par 52 membres de l'Union africaine (IDF, OMS-Afrique et UA, 2006) — témoignent de la volonté politique de définir des stratégies nationales cohérentes pour prévenir et gérer les maladies chroniques. En s'appuyant sur le régime d'assurance santé obligatoire lancé en 2006, l'Agence nationale de l'assurance maladie du Maroc s'est associée au ministère de la Santé et aux agences médicales pour instaurer un programme de prévention complet des maladies de longue durée, assorti de lignes directrices

relatives aux bonnes pratiques médicales et de suivi régulier des patients atteints de pathologies chroniques (Tazi, 2011).

Au Gabon, la Caisse nationale de sécurité sociale a créé une structure de prévention des maladies professionnelles axée sur la prévention et le diagnostic précoce de certaines maladies, dont des maladies contagieuses ou chroniques comme le diabète. Il est important que ce type d'initiatives soient poursuivies à une plus grande échelle et institutionnalisées de manière à donner toute leur efficacité aux stratégies de prévention. Le fait que le Nigéria ait reconnu récemment le stress psychologique comme une pathologie chronique liée au travail et susceptible d'être indemnisée met l'accent sur certaines des difficultés juridiques, médicales et administratives que posent l'évaluation et la prévention des problèmes de santé chroniques (voir l'encadré 2.1.).

VIH/sida

Le nombre de personnes atteintes du VIH/sida diminue dans certains pays, mais les malades du sida vivent aujourd'hui plus longtemps, et le coût des traitements antirétroviraux augmente: en effet, davantage de patients ont besoin de médicaments de troisième génération, et les donateurs internationaux réduisent leur aide financière. La Zambie se distingue des autres pays d'Afrique par la stratégie de prévention du VIH/sida très active qu'elle mène depuis les années 1990, avec notamment de vastes campagnes d'information et des actions de prévention de la transmission de la mère à l'enfant grâce à la fourniture par l'Etat de traitements antirétroviraux aux mères et aux nouveau-nés contaminés. On

2.1. Nigéria: la loi d'indemnisation des employés

Géré par la Caisse d'assurance sociale du Nigéria (NSITF), le régime des accidents du travail, réformé en vertu de la Loi 2010 d'indemnisation des employés (*Employees' Compensation Act*), assure l'indemnisation des assurés et de leurs dépendants en cas de décès, d'accident, de maladie ou de handicap liés au travail. Il prévoit également la réinsertion des assurés souffrant d'un handicap. La loi reconnaît pour la première fois qu'une indemnisation et des mesures de réinsertion peuvent être décidées en cas de stress psychologique résultant d'événements survenus au travail. Cette évolution montre que, de même que la formation à la prévention des accidents du travail est indispensable, une formation à l'évaluation, à la prévention et à la résolution des problèmes de santé psychologique devra être dispensée aux spécialistes de la santé et de la sécurité au travail, ainsi qu'au personnel de la NSITF chargé d'attribuer et d'administrer les prestations fournies au titre de la loi.

estime que 69 pour cent des femmes enceintes atteintes du VIH ont reçu un traitement antirétroviral en 2009 (Avert, 2011).

La plupart du temps, les programmes de sécurité sociale, en particulier en Afrique sub-saharienne, répondent aux conséquences sociales et économiques du VIH/sida en fournissant des prestations en espèces aux personnes s'occupant des malades et aux malades eux-mêmes (au Botswana, au Lesotho et en Afrique du Sud, par exemple), plutôt que de rechercher des mesures visant à prévenir ou à traiter directement la maladie. Les régimes de sécurité sociale devraient reconnaître les risques encourus par nombre de leurs membres, soutenir les efforts de prévention entrepris sur les lieux de travail et dans la communauté, et proposer si nécessaire des prestations de santé et en espèces. Dans de nombreux pays, cette approche globale est soumise à des contraintes de ressources; aussi les employeurs prennent-ils parfois des initiatives, conscients du fait que parvenir à maintenir les malades du sida au travail peut améliorer leur productivité. Les entreprises et les organisations professionnelles s'associent ainsi de plus en plus aux gouvernements et aux organisations de sécurité sociale pour couvrir les risques de maladie liés au VIH/sida: le Botswana, le Kenya, la Namibie, le Nigéria, l'Afrique du Sud, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie (Fultz et Francis, 2011) ont notamment mené des expériences novatrices en la matière.

Mortalité maternelle

Compte tenu du taux de mortalité maternelle élevé dans de nombreux pays d'Afrique², les ministères de la santé concentrent leurs efforts sur la création d'infrastructures médicales et la formation du personnel de santé qui s'occupe des mères et des enfants. C'est toutefois l'accès à ces soins qui continue de représenter un véritable défi. Même si certains pays ne facturent plus les accouchements en milieu hospitalier, les soins pré- et postnataux occasionnent toujours des frais.

Plusieurs pays, comme la République-Unie de Tanzanie, ont mis en place une assurance maladie couvrant uniquement le «risque maternité» par le biais de mesures

non gouvernementales. Le Nigéria a décidé de rendre les accouchements gratuits. Bien qu'elles représentent des avancées positives, ces réformes demeurent néanmoins limitées. Dans l'idéal, les prestations de maternité devraient se conformer aux normes minimales préconisées par la Convention pour la protection de la maternité de 2000 (n° 183) de l'Organisation internationale du Travail, et porter sur les soins prénatals, les frais d'accouchement, le congé de maternité, les conditions de travail et la sécurité de l'emploi durant la période de maternité.

Soutenir l'emploi, la sécurité des revenus et l'autonomisation

Des approches intégrées destinées à améliorer la sécurité sociale de la population et tenant compte du caractère pluridimensionnel des risques sociaux se multiplient dans la région; elles tendent à estomper les différences existant entre les prestations d'assurance sociale de type réactif, et celles visant à prévenir ou à atténuer des risques plus larges, comme le chômage et la pauvreté chroniques. De nombreux régimes de promotion de l'emploi présentent la particularité, notamment en Afrique sub-saharienne, d'associer soutien financier et en nature et création d'emplois (souvent par le biais de programmes publics pour l'emploi).

Programmes pour l'emploi

La prévention du chômage, notamment du chômage des jeunes et de longue durée, est un sujet crucial en Afrique. Selon le Bureau international du Travail, plus de trois travailleurs sur quatre occupent un emploi précaire en Afrique sub-saharienne, et en Afrique du Nord 23,6 pour cent des jeunes actifs étaient au chômage en 2010 (BIT, 2011). En Afrique sub-saharienne, plus de 85 pour cent des emplois se situent dans le secteur informel (BIT, 2010b). La réussite des mesures prises pour soutenir l'emploi et l'insertion repose souvent sur l'existence de véritables programmes de prestations chômage et de promotion de l'emploi. Malheureusement, à l'exception notable des Algériens, des Egyptiens, des Tunisiens, des Mauriciens (voir l'encadré 2.2.) et des Sud-Africains, l'immense majorité des Africains ne bénéficient d'aucune protection chômage statutaire

2. D'après les estimations, en 2005, un peu plus de la moitié des décès maternels comptabilisés dans le monde ont été enregistrés en Afrique sub-saharienne (OMS *et al.*, 2007).

2.2. Maurice: l'allocation chômage de transition

Introduite en 2008 et gérée par le ministère du Travail, de l'Emploi et des Relations industrielles, l'allocation chômage de transition (*Transition Unemployment Benefit*) vise à prévenir le chômage de longue durée en fournissant une aide temporaire aux travailleurs du secteur privé qui ont été licenciés et qui s'inscrivent à un programme d'aide à l'emploi. En tant que programme d'assurance sociale, l'allocation chômage de transition apporte davantage qu'un revenu de substitution en proposant un nouvel emploi, des formations ou des possibilités de requalification, ainsi qu'une aide à la création d'entreprise. Principalement financée par les cotisations des employés, l'allocation est versée pendant une durée pouvant aller jusqu'à un an, mais est progressivement réduite tous les trois mois. Cette mesure a permis d'atténuer les difficultés rencontrées par les travailleurs licenciés au cours de la récente crise économique et constitue un exemple prometteur de la manière d'associer indemnisation financière et activités de réinsertion novatrices.

(SSA et AISS, 2011). Cet état de fait explique pourquoi la participation à l'économie informelle devient si importante pour la survie et la subsistance de nombreux foyers. Etant donné l'absence d'infrastructures institutionnelles permettant de mettre en place des activités de promotion de l'emploi et de réinsertion, les efforts entrepris demeureront inévitablement limités.

D'autres pays africains explorent des voies alternatives pour promouvoir l'emploi et la réinsertion, par le biais notamment de programmes de travaux publics et, plus rarement, de garantie de l'emploi. Les programmes de travaux publics représentent des instruments de protection sociale très prisés par les populations les plus pauvres en âge de travailler car ils permettent d'associer protection sociale (en particulier en cas de catastrophes naturelles et de pénuries alimentaires), développement des infrastructures et mesures pour l'emploi (McCord et Slater, 2009).

On recense aujourd'hui 167 programmes de travaux publics en place dans des pays aussi différents que l'Éthiopie, le Malawi, le Sénégal, l'Afrique du Sud et la République-Unie de Tanzanie. Généralement largement financés par des donateurs, ils fonctionnent selon les principes «travail contre rémunération» ou «travail contre nourriture». Cependant, bien qu'ils soient mis en œuvre dans des situations de pauvreté chronique et de précarité de l'emploi, la majorité d'entre eux sont appliqués uniquement à petite échelle et ne fournissent que des possibilités d'emploi à court terme, constituant une sorte de filet de sécurité temporaire sans remédier véritablement aux insuffisances du marché de l'emploi

(McCord et Slater, 2009). Ils ont aussi un impact limité sur l'employabilité à long terme des populations qui en bénéficient. Ils n'offrent une forme de garantie de l'emploi ou de soutien au revenu sur le long terme que dans des cas exceptionnels, par exemple en Éthiopie, au Malawi, au Rwanda et en Afrique du Sud (Barrientos, Niño-Zarazúa et Maitrot, 2010).

Programmes de sécurité du revenu

Dans les pays les plus développés, la sécurité du revenu des populations assurées repose principalement sur des régimes d'assurance sociale complets qui fournissent des prestations en espèces lors d'une perte ou d'une diminution des revenus résultant des conditions du marché du travail ou des risques du cycle de vie. Les systèmes de sécurité sociale des pays africains prennent généralement en charge un nombre de risques plus restreint, et leur couverture ne concerne réellement qu'une petite partie de la population. Les réformes apportées récemment aux régimes contributifs visent à améliorer leur viabilité en prévenant les risques d'insolvabilité ou les problèmes de supervision et, parfois, en élargissant leur couverture.

L'adoption d'une démarche proactive et préventive en matière de viabilité financière joue un rôle important dans le succès d'un régime de sécurité sociale. L'Algérie gère à cet effet un fonds de réserve financé par un prélèvement annuel sur le revenu rapporté par les taxes sur le pétrole, destiné à assurer l'équilibre financier de son système de retraite par répartition. En Afrique du Sud, la société *Public Investment Corporation Limited* (PIC), détenue par l'État, représente l'une des

plus grandes sociétés de gestion d'investissements d'Afrique. Elle investit des fonds au nom de ses clients, qui sont exclusivement des entités du secteur public. Parmi eux figurent des agences et des organismes chargés des régimes de pension, de prévoyance et de sécurité sociale du pays. Les stratégies d'investissements socialement responsables appliquées par plusieurs organisations de sécurité sociale africaines contribuent également à la pérennité financière des régimes en proposant une gestion des risques de long terme et émergents, et en soutenant la création d'emploi et d'infrastructures.

Autonomisation

On constate néanmoins que le mouvement à l'origine des évolutions observées récemment en Afrique conduit à la mise en œuvre de nouveaux régimes, la plupart de nature non contributive (financés par l'impôt ou des donateurs) et souvent soumis à des conditions de ressources, qui visent à la fois à apporter un revenu prévisible et à satisfaire à des objectifs plus larges de développement économique. Ils sont généralement destinés à favoriser la responsabilisation, l'autonomisation et la participation active des populations auxquelles ils s'adressent aux efforts déployés pour améliorer le bien-être des individus et de la société dans son ensemble; ils traduisent en ce sens une logique de prévention qui s'efforce d'atténuer le besoin d'aide financière à l'avenir et, pour les familles,

de diminuer la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre.

Les régimes incluant des prestations conditionnées à l'inscription et à la présence des enfants à l'école ou du respect de certains objectifs de santé (obligations de vaccination et d'examen, par exemple) relèvent de cette catégorie (voir l'encadré 2.3.). S'inspirant largement des expériences déjà menées en Amérique latine, ces versions africaines des transferts monétaires conditionnels (TMC) existent au Burkina Faso, en Égypte, en Éthiopie, au Ghana, au Kenya, au Libéria, au Mali, au Malawi, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie (Barrientos, Niño-Zarazúa et Maitrot, 2010).

Bien qu'ils constituent des signes de progrès, de nombreux programmes TMC africains demeurent souvent «à durée déterminée, à petite échelle et au stade de projets pilotes». En outre, comme ils sont généralement extrabudgétaires ou financés par des donateurs, leur viabilité financière reste incertaine (BIT, 2010a, p. 2). Par ailleurs, étant donné qu'ils contournent souvent les structures de sécurité sociale traditionnelles, ils peuvent représenter pour les États une occasion manquée de définir une sécurité sociale qui non seulement couvre les personnes pour les risques multiples du cycle de vie, mais qui puisse également servir de fondement à des régimes plus unifiés et plus complets.

2.3. Ghana: le programme de transfert monétaire LEAP

Lancé en 2008 par le ministère de l'Aide sociale (Department of Social Welfare), le programme de renforcement des moyens de subsistance pour lutter contre la pauvreté (*Livelihood Empowerment Against Poverty* — LEAP) du Ghana se distingue par une approche préventive et intégrée de la fourniture de prestations et de services. Il comprend des services sociaux complémentaires (par exemple, la gratuité des soins de santé par l'intermédiaire du régime national d'assurance maladie, des initiatives de microfinance, une aide alimentaire, des mesures favorisant l'agriculture et des programmes de formation) afin de garantir que les personnes concernées bénéficient à la fois d'une aide de subsistance et d'une assistance au développement de leurs capacités. En 2010, le programme a touché près de 35 000 foyers ghanéens. En tant que dispositif d'intervention proactif et préventif, il utilise les mesures d'aide financière non seulement pour encourager certains comportements comme l'inscription des enfants à l'école et le suivi régulier des cours, la déclaration des naissances et la réalisation de certains soins postnatals, ainsi que le respect de certaines obligations de vaccination, mais également pour prévenir explicitement des pratiques négatives ou néfastes, telles que le trafic d'enfants ou le travail des enfants.

Sources: Portail web de l'AISS <<http://www.issa.int>>; Ghana. Ministère de la Main d'œuvre, de la Jeunesse et de l'Emploi (2007).

En définitive, la structure institutionnelle et les décisions relatives au régime choisi dépendent des conditions et des ressources des pays. Idéalement, d'un point de vue proactif et préventif, ces derniers devraient rechercher des moyens leur permettant d'intégrer et de coordonner les nouveaux régimes — qui sont pour la plupart non contributifs (financés par l'impôt ou des donateurs) et s'adressent aux plus défavorisés — avec les institutions et les systèmes déjà existants. Il conviendrait de mener des études pour examiner le rôle plus direct que pourraient jouer les organisations de sécurité sociale dans l'administration des programmes de TMC, notamment parce qu'ils permettent d'élargir la protection sociale aux familles, et en particulier aux mères et aux enfants.

Vers davantage de démarches proactives et préventives

L'un des défis majeurs que doivent relever aujourd'hui les gouvernements et les organisations de sécurité sociale d'Afrique consiste à associer systématiquement des mesures proactives et préventives à la définition cohérente et intégrée de leurs stratégies nationales destinées à améliorer la protection sociale de leur population. A cet égard, de nombreux pays doivent commencer par établir des structures et des relations institutionnelles plus solides (voir l'encadré 2.4.).

2.4. Sécurité sociale proactive et préventive: messages à retenir

- Bien qu'il s'agisse encore d'une tendance récente, des gouvernements et des organisations de sécurité sociale entreprennent de promouvoir des mesures proactives et préventives, telles que celles permettant de mieux anticiper les besoins en prestations pour y répondre plus efficacement et, dans certains cas, les atténuer.
- Des avancées prometteuses ont été réalisées pour intégrer des interventions précoces aux programmes de soins de santé, de promotion de l'emploi et de sécurité du revenu, ainsi que pour associer de nouveaux acteurs et institutions aux efforts déployés pour élargir la couverture de manière durable.
- Les résultats potentiels de ces efforts sont toutefois souvent remis en cause par la fragmentation institutionnelle et notamment par le peu de relations existant entre les structures de sécurité sociale traditionnelles et les régimes non contributifs (financés par l'impôt ou des donateurs) nouvellement créés pour s'adresser aux personnes les plus défavorisées.

Extension de la couverture

Traditionnellement, les régimes de sécurité sociale visent principalement à atténuer les risques liés au marché du travail et au cycle de vie, et à réduire la pauvreté. Depuis quelques années, les pays d'Afrique et de l'Union africaine ont porté une attention croissante à ce dernier point³, qui constitue également un objectif prioritaire de la *Stratégie de l'AISS sur l'extension de la couverture de la sécurité sociale* (2010c). Cette évolution exerce une incidence sur les efforts entrepris pour étendre la couverture de sécurité sociale et améliorer la protection sociale des populations. Outre les modifications apportées directement aux régimes, une plus grande utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et d'autres dispositifs novateurs de fourniture de services jouent un rôle croissant dans ces efforts, notamment parce qu'ils permettent de renforcer le respect des obligations et le recouvrement des cotisations.

Il reste toutefois encore beaucoup à faire. La sécurité sociale couvre actuellement de 5 à 10 pour cent de la population sub-saharienne et de 20 à plus de 70 pour cent de celle des pays africains à revenus moyens. L'ampleur du secteur informel se traduit par d'importantes lacunes dans la couverture pour de nombreux pays où seule une minorité de la population, travaillant généralement dans le secteur formel, accède à une protection sociale complète.

Si l'on considère le continent dans son ensemble, la plupart des pays possèdent un régime d'assurance contre les accidents du travail et proposent également

une assurance vieillesse, invalidité et survivants. Les programmes de prestations maladie et maternité en espèces, ainsi que les prestations familiales, de santé et de chômage s'avèrent toutefois moins développés. Les allocations familiales existent par exemple dans un peu plus de la moitié des pays seulement et les programmes de chômage dans cinq uniquement (SSA et AISS, 2011). D'une manière générale, la situation des populations rurales, des travailleurs indépendants et des personnes travaillant en marge du marché formel reste fragile, car ils n'ont majoritairement pas accès à une protection sociale adaptée, voire à une quelconque protection sociale.

Principales évolutions et réalisations récentes en matière d'extension de la couverture

Initiatives destinées à améliorer la protection sociale des populations les plus fragiles

Bien qu'ils soient confrontés à de multiples difficultés sociales, économiques et de gouvernance, de nombreux pays ont adopté des mesures destinées à améliorer la protection sociale des populations les plus vulnérables et ont progressé en ce sens.

L'une de ces mesures repose sur les programmes de transferts monétaires, conditionnels ou non, notamment mis en place par l'Éthiopie (programme de protection sociale fondé sur des activités productives, *Productive Safety Net Programme*), le Ghana (programme de revenu de subsistance contre la pauvreté, *Livelihood Empowerment Against Poverty*), le Kenya (programme d'alimentation

3. Le fait que près de la moitié de la population d'Afrique sub-saharienne vit dans des conditions de pauvreté extrême justifie l'importance de cette évolution (BIT, 2010b).

scolaire reposant sur l'agriculture locale, *Home-Grown School Feeding Programme*), le Lesotho (pension vieillesse, *Old-Age Pension*) et le Rwanda (programme Vision 2020 Umurenge).

Le Sénégal a par ailleurs lancé un nouveau programme en 2010 — l'Initiative nationale pour la protection sociale des groupes vulnérables — afin de réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale des populations ciblées par le biais d'un renforcement des capacités et en élargissant l'accès aux transferts monétaires et aux produits financiers directs. La Zambie a pour sa part annoncé en 2010 l'élargissement à l'échelle nationale du programme Katete, un projet pilote de pensions sociales mis en œuvre de 2004 à 2007, avec le soutien financier du Département du développement international (*Department for International Development* — DFID) britannique. En Ouganda, le gouvernement a lancé en 2011 avec l'aide de donateurs un programme pilote de transferts monétaires de cinq ans, les allocations d'assistance sociale pour l'autonomisation (*Social Assistance Grants for Empowerment*); il permettra de verser une allocation vieillesse et une allocation de soutien aux familles vulnérables, d'abord dans trois districts puis dans d'autres régions du pays.

L'élaboration d'un cadre constitutionnel relatif au droit à la sécurité sociale, associée une forte volonté politique et un engagement financier, a également fortement contribué à l'extension de la couverture sociale en Afrique. Par exemple, la Constitution du Kenya adoptée en 2010 garantit à tous un certain nombre de droits sociaux et économiques, dont le droit à la sécurité sociale, et oblige l'Etat à fournir une protection sociale appropriée aux personnes qui ne peuvent subvenir à leurs propres besoins et à ceux de leurs dépendants (Giovannetti *et al.*, 2010).

Extension de la couverture via l'élargissement ou le renforcement des régimes existants

L'extension de la couverture et l'amélioration des prestations via l'élargissement ou le renforcement des régimes de sécurité sociale existants constitue une autre tendance significative. En recourant de manière novatrice à des sources de financement diversifiées (qui associent l'aide internationale, les régimes d'assurance santé

communautaires, les subventions du gouvernement accordées aux groupes en marge de la société et l'assurance sociale du secteur formel), le Rwanda a permis à l'ensemble de sa population d'accéder à une couverture santé, et ce, alors qu'il figure toujours parmi les pays à bas revenus (Rwanda. Ministère de la Santé, 2010).

En Afrique du Sud, le gouvernement a décidé d'étendre progressivement, sur trois ans à compter de janvier 2010, le versement de l'allocation enfant (*Child Support Grant*) jusqu'aux 18 ans de l'enfant au lieu de 15 auparavant, permettant ainsi à deux millions d'enfants supplémentaires (en sus des 10 millions déjà concernés) d'en bénéficier.

Au Ghana, le régime national d'assurance maladie est financé par les cotisations sociales versées par les employés du secteur formel (et par certains travaillant dans le secteur informel) et, pour les personnes qui ne peuvent cotiser, par une contribution prélevée sur le budget de l'Etat. Ce programme, qui n'est pas encore appliqué intégralement, couvre déjà près de 70 pour cent de la population (Giovannetti *et al.*, 2010).

Proches de l'Europe et enregistrant de ce fait un grand nombre d'émigrants, les pays d'Afrique du Nord renforcent la protection sociale des travailleurs migrants et de leur famille grâce à des accords bilatéraux. Ainsi, 218 000 Marocains vivant et/ou travaillant en Espagne étaient couverts par le régime de sécurité sociale espagnol au milieu de l'année 2011, conformément aux accords bilatéraux signés entre les deux pays. Parallèlement, les processus d'intégration visant à créer un marché commun entre la Communauté de l'Afrique de l'Est, la Communauté pour le développement de l'Afrique australe et la Communauté économique des Etats de l'Afrique centrale ont offert aux gouvernements la possibilité d'améliorer et de coordonner leurs systèmes de sécurité sociale pour garantir une protection de meilleure qualité à leur population.

La Tunisie, souvent prise comme exemple en matière d'élargissement de la couverture au titre de régimes contributifs, a lancé plusieurs initiatives, dont des programmes éducatifs, un renforcement de la mise en œuvre des mesures adoptées et un système de déclaration des revenus plus précis. La couverture sociale (maladie, vieillesse,

maternité et accidents du travail) est ainsi passée de 60 à 84 pour cent des travailleurs et de leur famille en dix ans à peine. Pratiquement tous les Tunisiens travaillant dans les secteurs public et privé non agricoles sont désormais pris en charge, et l'objectif de ces mesures est de couvrir à terme l'ensemble de la population (Dupper et Olivier, 2010).

Extension de la couverture grâce à de nouveaux régimes contributifs obligatoires

Au Swaziland et en Ouganda, des réformes reflétant une tendance observée de longue date dans la région sont entreprises pour transformer les fonds de prévoyance nationaux, qui versent des prestations vieillesse, invalidité et survivants capitalisées, en régimes de pensions fondés sur les principes de l'assurance sociale (Myeni, 2011).

Il convient d'évoquer également l'instauration ou l'élaboration d'un grand nombre de programmes contributifs obligatoires de prestations en espèces et de soins de santé (voir l'encadré 3.1.). La plupart de ces initiatives étant encore très récentes, elles demeurent difficiles à évaluer, mais on peut espérer qu'elles s'inscriront dans la durée.

Une couverture universelle grâce à des dispositifs cohérents reposant sur plusieurs piliers et plusieurs institutions

Un certain nombre de pays mettent en place des systèmes de sécurité sociale cohérents reposant sur plusieurs piliers et institutions et visant à assurer une couverture universelle et complète. Ils comprennent des prestations minimum universelles garanties par l'Etat et des régimes d'assurance sociale contributifs obligatoires complétés par des assurances volontaires.

A Maurice, il existe un système de sécurité sociale complet comprenant cinq piliers: 1) des régimes d'assistance sociale et un système de retraite universelle financé par l'impôt pour les personnes âgées, les personnes handicapées, les veuves et les enfants; 2) des régimes contributifs d'assurance sociale pour les employés des secteurs public et privé; 3) un régime d'épargne prévoyance financé par les employeurs des secteurs public et privé; 4) des régimes de retraite professionnels gérés par le secteur privé; 5) des subventions de l'Etat pour la nourriture et le logement, la gratuité

pour tous de l'enseignement et des soins de santé, et des transports gratuits pour les personnes âgées et les étudiants (BAD, 2009).

En Afrique du Sud, où le marché de l'assurance est relativement bien développé et où de grands progrès ont été réalisés en ce qui concerne l'extension de la couverture sociale, le gouvernement a approuvé en 2011 le régime national d'assurance maladie. Attendu de longue date, il sera tout d'abord mis en œuvre dans 10 régions pilotes en 2012, puis appliqué progressivement à l'échelle nationale, sur une période de quatorze ans. Le plan stratégique 2009-2012 du département du Développement social prévoit l'introduction d'un système obligatoire de prestations de retraite et la création d'un fonds de pension national obligatoire. Le département soutient également activement l'initiative du gouvernement consistant à élaborer une politique complète régissant la réforme du système des retraites et l'intégration d'autres dispositifs obligatoires, tels qu'une assurance chômage, l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, et une assurance couvrant les accidents de la route.

Le Mozambique a défini une stratégie nationale et un cadre juridique relatifs au développement de la sécurité sociale. La Loi de protection sociale (4/2007) a institué trois piliers de protection, comprenant un régime de base non contributif (financé par l'impôt), un régime obligatoire et contributif, et une assurance privée complémentaire. La Réglementation du sous-système de base de sécurité sociale (décret 85/2009) (*Regulation for the Basic Social Security Subsystem*) définit quatre domaines d'intervention en matière d'actions sociales: actions directes (transferts monétaires et en nature), et actions dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la production. La réglementation de la sécurité sociale obligatoire prévoit par ailleurs une extension aux travailleurs indépendants de l'accès aux dispositifs d'assurance (PNUD et BIT, 2011, p. 316).

Une extension rapide de la couverture est possible

Les expériences observées récemment en Afrique semblent montrer que la couverture sociale contributive peut être élargie rapidement, dans les pays à revenus moyens comme Maurice et la Tunisie, mais aussi dans les pays à bas revenus comme le Rwanda. Il reste toutefois

3.1. Introduction de nouveaux programmes obligatoires

Programmes de prestations en espèces

- En 2008, Maurice a lancé un nouveau programme d'assurance sociale, l'allocation chômage de transition, qui associe revenu de substitution et mesures novatrices de réinsertion sur le marché de l'emploi.
- Au Kenya, le régime de pension Mbao, régime contributif concernant le secteur informel, a été introduit en 2009. Ciblant 8,5 millions de personnes dans les petites et moyennes entreprises, il est destiné à devenir le plus important du pays.
- En 2010, le Ghana a adopté un régime de retraite composé de trois piliers: 1) un programme public réduit financé par répartition, avec des prestations définies liées aux revenus, toujours administré par le SSNIT; 2) un nouveau régime de pension professionnel privé; 3) un nouveau programme privé qui inclut des fonds de prévoyance et des plans de retraite individuels.
- Au Nigéria, la loi sur l'indemnisation des accidents du travail promulguée en 2010 s'est traduite par le transfert obligatoire à la Caisse d'assurance sociale du Nigéria (NSITF) de la gestion du régime d'indemnisation des accidents du travail, qui était auparavant géré par des compagnies d'assurance privées.
- Au Malawi, le projet de loi 2010 n° 14 sur les retraites prévoit d'instituer un système de comptes individuels obligatoires pour la plupart des travailleurs, au titre d'un nouveau fonds de pension national. Jusqu'à présent, le pays ne disposait pas d'un régime de retraite obligatoire pour les travailleurs du secteur privé.
- L'Éthiopie a instauré en 2011 un régime de pension obligatoire pour les employés du secteur privé.

Programmes de soins de santé

- Le Burkina Faso a initié en 2008 un projet d'assurance maladie universelle, qui vise à garantir l'accès aux soins à la population (100 pour cent du secteur formel et 30 pour cent du secteur informel) d'ici à 2015 (PNUD et BIT, 2011).
- En 2009, le Gabon a créé un programme d'assurance maladie obligatoire prenant en charge les personnes à faible revenu, les fonctionnaires et les travailleurs du secteur privé.
- Depuis 2009, l'Ouganda a institué un régime national d'assurance maladie obligatoire, initialement réservé aux employés du secteur public et qui s'étend progressivement aux travailleurs des secteurs privé et informel.
- Le Mali a adopté en 2011 un régime d'assurance maladie obligatoire qui protège les fonctionnaires en exercice et à la retraite ainsi que leurs ayants droit, et les travailleurs relevant du code du travail et leurs ayants droit.
- L'Éthiopie a institué en 2011 un nouveau régime d'assurance maladie pour tous les travailleurs. Il comprend une assurance maladie obligatoire couvrant tous les contribuables et une assurance maladie communautaire qui propose une couverture volontaire aux personnes ne payant pas d'impôts, telles que les paysans et les sans-emplois.
- Le Régime national d'assurance maladie du Nigéria (NHIS), qui doit prévoir l'élargissement de la couverture maladie à tous les Nigériens d'ici à 2015, a annoncé en 2011 la mise en œuvre du programme d'assurance maladie communautaire destiné au secteur informel, qui représente 75 pour cent de la population (Leo, 2011).
- Le Togo a créé en 2011 un régime d'assurance maladie obligatoire destiné aux fonctionnaires; l'Institut national d'assurance maladie (INAM), qui gère ce régime, remboursera les actes et les soins médicaux à 100 pour cent dans le cadre de la maternité et à 80 pour cent dans les autres cas. L'objectif est d'étendre progressivement la couverture aux autres secteurs.

encore beaucoup à accomplir dans de nombreux pays pour parvenir à instaurer un régime de sécurité sociale solide couvrant l'ensemble de la population.

Dans le cas de programmes ou projets pilotes financés par des donateurs, il peut s'avérer nécessaire de diminuer progressivement les sources externes de financement, de renforcer au contraire la participation du pays qui en bénéficie, et de garantir qu'ils s'inscrivent dans le cadre des stratégies nationales de sécurité sociale qui ont été définies.

L'objectif doit être de poursuivre l'élargissement de la couverture sociale des régimes existants aux populations rurales et aux travailleurs du secteur informel qui en sont aujourd'hui exclus, et de créer de nouveaux régimes comprenant, parmi d'autres priorités définies

à l'échelle nationale, des allocations familiales et une protection contre le chômage. La tendance aujourd'hui est à l'instauration de politiques de sécurité sociale intégrées et cohérentes, ce qui, pour les pays à bas revenus, suppose aussi de soutenir de manière croissante l'Initiative des Nations Unies pour un socle de protection sociale; dans ce contexte, les organisations de sécurité sociale peuvent fortement contribuer à l'extension de la couverture en améliorant le respect des obligations et le recouvrement des cotisations et en administrant non seulement les régimes d'assurance sociale, mais aussi les programmes financés par des donateurs ou par l'impôt.

Compte tenu de ces différents points, les développements et les réalisations en matière d'extension de la couverture sociale dans divers pays d'Afrique peuvent être attribués à plusieurs facteurs (voir l'encadré 3.2.).

3.2. Extension de la couverture contributive et non contributive: messages à retenir

La réussite des efforts entrepris pour élargir la couverture sociale dépend d'un certain nombre de facteurs, tels que:

- Des recherches fondées sur les faits et des programmes d'information destinés au public, qui bénéficient de l'appui des organisations internationales et des donateurs.
- Un système de sécurité sociale adapté au pays, une planification prudente et une mise en œuvre échelonnée.
- La coordination entre les organisations de sécurité sociale et les agences, les autorités et les partenaires concernés.
- Une forte volonté politique associée à un engagement financier de l'Etat ou de donateurs.

Adéquation et qualité des prestations et services

Jusqu'à présent, offrir de manière constante des prestations et services tenant compte de l'évolution des attentes de la population en matière d'adéquation et de qualité et pouvant y répondre a constitué un défi pour de nombreux systèmes de sécurité sociale africains. Il est donc particulièrement important d'améliorer l'adéquation et la qualité des prestations et services, notamment pour renforcer l'adhésion de la population à l'égard des régimes de sécurité sociale. Cependant, pour les pays à faible revenu caractérisés par une assiette fiscale restreinte, une couverture de la sécurité sociale limitée, des institutions publiques insuffisamment développées et un faible revenu moyen par habitant, chercher à améliorer l'adéquation et la qualité des prestations et services de sécurité sociale ne peut s'effectuer, de façon très pragmatique, que dans les limites de leurs possibilités.

Adéquation

L'adéquation dans le domaine de la sécurité sociale peut se définir de différentes manières. Le plus souvent, en termes monétaires, on parle d'adéquation dans la mesure où le montant d'une prestation en espèces est suffisant pour couvrir des besoins financiers déterminés. Elle peut ici être considérée comme un concept relatif, défini par exemple par rapport au revenu mensuel moyen par habitant d'un pays ou au coût d'un panier de

produits essentiels. L'adéquation peut aussi être un indicateur comparatif, utilisé pour comparer la valeur absolue des prestations en espèces servies par deux régimes apparemment similaires mais distincts. Pour les systèmes nationaux de sécurité sociale, l'adéquation a aussi une signification normative, au sens de la Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum) adoptée en 1952 par l'Organisation internationale du Travail (OIT)⁴. Au-delà des valeurs monétaires relatives, absolues et normatives, le concept d'adéquation peut aussi traduire l'idée que les caractéristiques et la fourniture des prestations et services sont adaptées au contexte social, économique, culturel, géographique et institutionnel et à la nature des risques auxquels sont confrontées les populations, ainsi qu'aux moyens dont elles disposent pour affronter ces risques. De surcroît, pour répondre au mieux aux besoins plus larges de certaines catégories de la population, une prestation adéquate n'est pas nécessairement une prestation en espèces — dans certains cas, elle peut prendre la forme d'une prestation en nature, de subventions à l'emploi ou de subventions alimentaires, ou encore d'une réduction du coût de l'accès aux soins de santé⁵. D'autre part, pour être adéquat, un régime doit aussi être suffisamment viable et solide pour résister aux chocs. Autrement dit, il doit garantir aux bénéficiaires une «sécurité de l'adéquation».

4. La Convention n° 102 est la seule convention internationale qui fixe une norme minimum pour les neuf branches de la sécurité sociale. Toutefois, s'agissant de la définition d'un ensemble de prestations minimum, elle comporte des limites, ne fixe pas de priorités et ne fait pas de la couverture universelle une obligation. Il faudrait donc adopter une définition normative de l'adéquation du socle de protection sociale proposé. En 2011, la Conférence internationale du Travail (CIT) a estimé qu'un nouvel instrument, qui pourrait prendre la forme d'une recommandation de l'OIT, serait, à titre prospectif, examiné lors de l'édition 2012 de la CIT pour apporter un éclairage sur cette question (Ghellab, Varela et Woodall, 2011).

5. Pour une analyse approfondie des concepts d'adéquation et de qualité dans le domaine des soins de santé, voir Scheil-Adlung et Bonnet (2011).

Dans le contexte de l’Afrique, une sécurité sociale adéquate n’a pas seulement vocation à protéger la population des risques traditionnels que sont les risques liés au marché du travail et les risques liés à l’existence. Elle doit aussi être conçue, d’un point de vue proactif, pour doter les individus et les familles des moyens nécessaires pour rompre avec la pauvreté chronique et enrayer la transmission de la pauvreté entre les générations, de façon à les rendre plus autonomes et à améliorer leurs chances d’intégration sociale. Face à l’urgence et à l’ampleur des besoins auxquels ils sont confrontés, les pays d’Afrique ne disposent souvent que de ressources financières très limitées. Il est donc indispensable de concevoir judicieusement les systèmes nationaux de protection sociale, afin d’utiliser ces ressources de manière optimale, d’obtenir le soutien et la participation de tous les acteurs de la société, et de renforcer et compléter les réseaux de solidarité traditionnelle existants.

Le continent africain a été le terrain de nombreuses expériences plus ou moins couronnées de succès ces dernières années. Ces expériences ont fait appel à des mesures relativement variées, notamment des transferts basés sur le revenu (conditionnels ou non), des assurances sociales de santé, des prestations en nature, et des programmes de travaux publics. Il est fréquent que

des mécanismes de solidarité fondés sur l’entraide communautaire et familiale traditionnelle soient intégrés au système de protection sociale afin de renforcer la cohésion familiale et sociale. Ainsi, en Afrique du Sud, en cas de décès des deux parents d’une fratrie, le frère aîné peut avoir à assumer seul l’éducation de ses frères et sœurs. Dans ces circonstances, subordonner l’allocation enfant à l’obligation scolaire priverait un grand nombre de familles de l’accès à la prestation. Cet exemple montre à quel point il est important de tenir compte du contexte national lorsqu’on élabore une politique et évalue son impact.

Malgré leur diversité, bon nombre de régimes évoluent selon des principes communs, à savoir la lutte contre l’exclusion et la pauvreté et la volonté de renforcer l’autonomie individuelle. Ces principes rappellent que dans une grande partie de l’Afrique, l’adéquation de la sécurité sociale se mesure aussi à l’aune d’un autre critère pertinent, en l’occurrence la capacité des régimes, à travers une approche proactive et préventive, à permettre aux individus et aux familles de sortir durablement de la pauvreté chronique. De plus en plus de données indiquent que, outre celui de réduire les écarts de revenu, les programmes de transferts sociaux en espèces ont aussi un rôle particulier à jouer à cet égard (voir encadré 4.1.).

4.1. L’impact des transferts sociaux sur la pauvreté

Pays	Programme	Type	Population couverte	Impact
Afrique du Sud	Allocation de vieillesse (<i>Old Persons Grant</i>) (1)	Pension sociale	80% des personnes âgées	Au total, les prestations (1) et (2) ont fait reculer la pauvreté de 6 points de pourcentage
Afrique du Sud	Allocation d’aide aux enfants (<i>Child Support Grant</i>) (2)	Transfert en espèces	70% des enfants	Au total, les prestations (1) et (2) ont fait reculer la pauvreté de 6 points de pourcentage
Ethiopie	Programme de protection sociale fondé sur des activités productives (<i>Productive Safety Net Programme</i>)	Transfert en espèces et en nature	10% de la population	Amélioration de 11% de la sécurité alimentaire
Ghana	Régime national d’assurance maladie (<i>National Health Insurance Scheme</i>)	Assurance maladie publique	67% de la population	Diminution de 50% du coût des soins pour les assurés
Rwanda	<i>Vision 2020 Umurenge</i>	Programme de travaux publics	36 000 ménages	Diminution de l’extrême pauvreté, qui est passée de 40,6% à 9% parmi les bénéficiaires

Source: Giovannetti et al. (2010).

4.2. Réduire les inégalités homme-femme

Une enquête conduite dans le district de Zomba, au Malawi, a démontré qu'un programme de transfert de revenu prévoyant des mesures (prise en charge des droits d'inscription et transferts en espèces) destinées à inciter les filles scolarisées à le rester et celles ayant récemment abandonné leur scolarité à retourner à l'école permettait un recul significatif des mariages précoces, des grossesses chez les adolescentes et de l'activité sexuelle autodéclarée parmi les bénéficiaires du programme. On espère que cette évolution des comportements permettra de réduire l'exposition des femmes au risque d'infection par le sida comparativement aux hommes du même âge — l'incidence du sida parmi les femmes de 15 à 24 ans s'établit à 9,1 pour cent alors qu'elle est de 2,1 pour cent pour les hommes.

Source: Baird *et al.* (2009).

Pour certains régimes de protection sociale, une autre mesure de l'adéquation peut s'effectuer dans leur capacité à réduire les inégalités homme-femme (voir encadré 4.2.). Ils peuvent aussi agir comme des catalyseurs du développement économique local. Par exemple, au Kenya, le programme d'alimentation scolaire reposant sur la production locale (*Home-Grown School Feeding Programme*) verse sous conditions des fonds aux écoles pour qu'elles achètent des denrées alimentaires permettant de nourrir plus de 500 000 enfants. Ce programme, qui assure la sécurité nutritionnelle des bénéficiaires et améliore le taux de scolarisation, soutient aussi la production agricole locale.

Qualité

Le concept de qualité des prestations et services de sécurité sociale peut être analysé sur trois niveaux. Premièrement, pour garantir la qualité de ces prestations et services, il faut d'abord s'assurer que les structures législatives et réglementaires nationales, voire bilatérales et régionales, existent, et que l'on dispose ainsi du cadre nécessaire à la création et au développement régulier du système de sécurité sociale. Deuxièmement, toujours au niveau national, il faut qu'une approche cohérente et coordonnée permette de veiller à ce que les programmes soient complémentaires et efficaces et de remédier aux chevauchements ou lacunes évitables en matière de prestations. Troisièmement, au niveau des organisations de sécurité sociale, une stratégie garantissant la qualité — définie si possible par des principes généraux, des lignes directrices et des indices de référence — doit être en place (équipements, ressources humaines, gestion financière et investissements, TIC, relations avec les clients, etc.). Cette nécessité est en partie due au fait que de plus en plus,

le public attend un minimum de qualité dans tous les aspects de la fourniture de services.

Davantage d'institutions de sécurité sociale africaines intègrent aujourd'hui la gestion de la qualité à leurs plans de développement stratégiques. Ainsi, le plan stratégique 2010–2012 de l'Agence sud-africaine de sécurité sociale (*South Africa Social Security Agency — SASSA*) s'articule autour de six grands axes, dont la satisfaction de la clientèle. De même, l'Institut de sécurité sociale et d'assurance nationale (SSNIT) du Ghana considère que garantir aux clients un service de qualité supérieure fait partie intégrante de ses activités.

Pour améliorer la qualité, notamment pour développer la confiance du public, augmenter la transparence et renforcer les relations avec les clients, les organisations de sécurité sociale pourraient engager un dialogue avec leurs membres et bénéficiaires afin de diffuser des informations, d'échanger des idées et de recueillir les points de vue des membres sur les services fournis.

En République-Unie de Tanzanie, la Caisse nationale d'assurance maladie (NHIF) organise des «journées clients», qui lui permettent d'offrir un forum d'échange avec les parties prenantes, de les sensibiliser à leurs droits et obligations et d'informer le public sur des questions et évolutions plus générales. La NHIF est convaincue que cette stratégie de communication a permis un renforcement des relations, une amélioration de la fourniture des services et une diminution du coût de l'information. De telles améliorations des relations avec les clients ne sont toutefois possibles que si le personnel de sécurité sociale est formé et professionnellement sensibilisé aux besoins

des clients et à l'importance de l'instauration d'une culture de la qualité.

Les progrès technologiques dans les systèmes de fourniture de services par voie électronique ont ouvert de nouvelles perspectives d'amélioration des services offerts par les organisations de sécurité sociale africaines. En 2008, la Caisse marocaine des retraites (CMR) a commencé à délivrer des cartes monétiques aux retraités pour remédier aux difficultés qu'ils rencontraient pour percevoir leur pension aux guichets des bureaux de poste et de la Trésorerie générale du Royaume. Cette innovation s'est traduite par une nette amélioration de la qualité en termes de rapidité des services et permet, dans le cadre d'un processus continu d'évaluation de la qualité, de simplifier le suivi des paiements.

Au Kenya, le programme de lutte contre la faim *Hunger Safety Net* fait appel à un système de paiement électronique reposant sur des cartes biométriques. Ce programme qui, durant sa phase triennale initiale (2009–2012), vise 300 000 ménages, espère en toucher 1,5 million dans sa deuxième phase. Des cartes à puce sont également utilisées pour payer les pensions et allocations en Namibie et en Afrique du Sud. Le Lesotho espère lui aussi adopter ce système pour verser les pensions de vieillesse et le Ghana projette de recourir au paiement électronique pour les prestations prévues par le programme de lutte contre la pauvreté *Livelihood Empowerment against Poverty* (LEAP). En Algérie, où la sécurité sociale couvre maintenant 80 pour cent de la population, une carte de sécurité sociale électronique, la carte CHIFA, a été créée pour le remboursement des soins de santé. Lancée en 2007, elle devrait être étendue à l'ensemble des assurés à l'horizon 2012. Dans tous ces exemples, l'objectif consiste à améliorer la qualité de la fourniture de services.

Le recours aux TIC a un impact plus large sur les objectifs de qualité (et d'adéquation) des services. Avant de fusionner avec la Rwandaise d'assurance maladie (RAMA), la Caisse sociale du Rwanda (CSR) a décentralisé ses activités et entièrement équipé ses agences en TIC de façon à ce que ses clients puissent recevoir des services localement. Depuis 2010, la simplification de la procédure de recouvrement a abouti à la mise en place d'un système à guichet unique dans le cadre duquel les contribuables peuvent

régler, en un même lieu, à la fois leurs cotisations de sécurité sociale et leurs impôts sur le revenu. La Caisse sociale du Rwanda a également mis en place un système qui permet à ses membres d'accéder en ligne à leur compte de sécurité sociale par l'intermédiaire d'Internet ou de leur téléphone portable. Ces innovations ont contribué à une augmentation générale de la qualité des services, à une amélioration du respect des obligations et du recouvrement des cotisations, et ont permis à la caisse de mieux répondre aux besoins des travailleurs du secteur informel et d'améliorer son image.

Conclusions

Appliqués à la fourniture de services et prestations de sécurité sociale en Afrique, les concepts d'adéquation et de qualité comportent de multiples facettes. En outre, les progrès réalisés dans leurs objectifs respectifs devraient leur permettre de se renforcer mutuellement (voir encadré 4.3.). A l'avenir, l'enjeu, pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale africains, consistera à explorer toutes les pistes susceptibles de permettre d'autres améliorations en matière d'adéquation et de qualité.

4.3. Adéquation et qualité: messages principaux

Adéquation

- Bien que le concept d'adéquation soit souvent perçu comme exclusivement monétaire (montant d'une prestation en espèces), il ne doit pas être réduit, en matière de sécurité sociale, à un simple indicateur relatif, absolu ou normatif du revenu des bénéficiaires. Pour être adéquat, un régime doit aussi être suffisamment viable et solide pour résister aux chocs: autrement dit, il doit garantir aux bénéficiaires une «sécurité de l'adéquation».
- Dans certains cas, l'adéquation peut aussi être un indicateur de la capacité d'un programme à contribuer à la réalisation des objectifs à plus long terme d'un pays, par exemple à permettre des améliorations en matière d'égalité homme-femme, d'activité économique, de nutrition, d'indicateurs sanitaires, de cohésion sociale et de niveau scolaire.
- Dans les pays à faible revenu d'Afrique en particulier, où les budgets publics alloués aux dépenses sociales peuvent être restreints et où la pauvreté touche une grande partie de la population, l'adéquation peut faire référence à la capacité des régimes de sécurité sociale à permettre en premier lieu aux individus et aux familles de rompre durablement avec la pauvreté chronique.

Qualité

- Garantir la qualité suppose que les structures législatives et réglementaires nationales, bilatérales et régionales nécessaires au fonctionnement du système de sécurité sociale soient en place.
- Pour beaucoup de pays africains, la qualité nécessite aussi une approche cohérente et coordonnée de la conception des programmes de protection sociale, de façon à élaborer une stratégie nationale efficace qui puisse garantir la complémentarité des programmes et éviter les chevauchements et les lacunes dans la fourniture des services.
- Pour les organisations de sécurité sociale, l'amélioration de la qualité exige l'adoption d'une approche stratégique visant à garantir la qualité — définie, si possible, par des principes généraux, des lignes directrices et des indices de référence — dans les domaines de l'administration et de la fourniture des services. Le personnel de sécurité sociale doit œuvrer à l'instauration d'une culture de la qualité. Quant aux clients, ils peuvent soutenir les efforts déployés par le personnel pour garantir leur droit à des prestations et services de qualité en respectant l'intégralité de leurs obligations à l'égard de la sécurité sociale.

Effizienz et efficacité administratives et opérationnelles

La promotion et le renforcement de l'efficacité et de l'efficacité administratives et opérationnelles constituent un aspect essentiel des divers efforts déployés en nombre par les gouvernements et organisations de sécurité sociale du continent africain pour mieux répondre aux besoins fondamentaux de la population en matière de sécurité sociale. Réaliser des avancées sur la voie de l'excellence dans le domaine de l'administration de la sécurité sociale améliore la crédibilité des régimes, renforce l'adhésion du public à l'égard de ces programmes et contribue à la réalisation des objectifs nationaux d'intégration sociale et de justice sociale.

Au niveau d'une organisation de sécurité sociale, l'administration d'un régime implique de gérer simultanément de nombreux aspects (AISS, 2010b). Certains de ces aspects ont trait à la viabilité financière du régime. Il peut s'agir de questions à court terme, comme la gestion des flux financiers du régime, le contrôle des dépenses de fonctionnement ou la définition d'indicateurs pour évaluer la performance opérationnelle. Néanmoins, certains problèmes de long terme, comme la pérennité de l'équilibre financier du régime, doivent également être affrontés.

Les organisations de sécurité sociale qui ont un mandat d'investissement doivent définir des stratégies d'investissement et de gestion des risques, puis les mettre en œuvre et les évaluer. Certaines activités revêtent une importance capitale, notamment celles qui impliquent un lien direct avec les membres et bénéficiaires des régimes, par exemple: les différents moyens de procéder au recouvrement des cotisations et au respect des obligations; la réponse aux demandes de renseignements, aux réclamations et aux attentes variables des clients; et la fourniture des prestations et services prévus par le régime. D'autre part, les administrateurs de la sécurité sociale doivent aussi veiller à ce que l'organisation dispose des ressources humaines et technologiques nécessaires en complément et en renfort de l'ensemble des processus opérationnels afin de garantir la qualité de toutes les activités.

Réaliser des performances élevées en matière d'administration de la sécurité sociale signifie non pas réussir ponctuellement ou occasionnellement, mais obtenir volontairement, systématiquement et de manière fiable d'excellents résultats dans la réalisation des objectifs de la sécurité sociale. In fine, l'objectif est de protéger et de

5.1. Renforcer les capacités pour servir les intérêts des parties prenantes

- Offrir des prestations sûres, adéquates et fiables.
- Veiller à ce que les dépenses de fonctionnement soient aussi faibles que possible.
- Veiller à ce que le rendement des investissements soit le plus élevé possible pour un niveau de risque acceptable.
- Veiller à ce que la qualité des services évolue en fonction des besoins des parties prenantes.
- Instaurer un dialogue social impliquant tous les partenaires sociaux légitimes.

promouvoir les intérêts des parties prenantes du régime (voir encadré 5.1.).

Enjeux, innovations et solutions

Le manque de crédibilité peut compromettre l'efficacité de tout régime de sécurité sociale et ébranler la confiance de la population (Musalem et Ortiz, 2011). Outre le défi que représente l'extension de la couverture de la sécurité sociale, beaucoup d'organisations de sécurité sociale africaines doivent améliorer la gouvernance pour renforcer la crédibilité et l'image de leurs programmes, menacées par un certain nombre de facteurs: de médiocres performances administratives, une mauvaise gestion, une interférence du gouvernement, la fraude et les irrégularités, des dépenses de fonctionnement anormalement élevées, la mauvaise qualité des services et le faible montant des prestations (Barbone et Sanchez, 1999; O'Shea, 2008; AISS et Accenture, 2010). L'absence d'indicateurs et d'indices de référence transparents pour l'évaluation des performances vient aggraver le problème.

Néanmoins, l'expérience récente montre que la mise en œuvre de différentes mesures permet d'obtenir des résultats positifs en matière de performance administrative et opérationnelle et d'améliorer ainsi la gouvernance.

Utiliser des indices de référence et des indicateurs pour améliorer la performance

Il est important d'assurer un suivi des performances, par exemple pour apprécier si un changement de stratégie ou d'approche est nécessaire. Toutefois, l'évaluation et les conclusions qui en découlent sont plus précises et plus utiles lorsque ces performances sont mesurées au regard d'un indice de référence ou d'un objectif propre. Dans le cadre de cette démarche, les indices de référence ou les objectifs sont généralement établis en fonction des visées poursuivies par les politiques publiques ou des résultats à obtenir.

Ainsi, la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS) du Cameroun utilise les normes établies par la Conférence interafricaine de prévoyance sociale (CIPRES) pour réduire ses dépenses de fonctionnement et promouvoir l'instauration d'une culture de bonne gouvernance dans l'utilisation des ressources publiques.

La Caisse marocaine des retraites (CMR) fait appel à des tableaux de bord actuariels pour assurer un suivi de son équilibre financier. Les autorités publiques marocaines se tiennent informées, à l'aide de divers indicateurs, de la situation de la caisse sur les plans financier, démographique et socioéconomique.

Souhaitant augmenter le nombre de ses affiliés et faire progresser le respect des obligations, accélérer le traitement des demandes de prestations et améliorer la gestion de ses coûts et de ses ressources, la Caisse nationale de sécurité sociale (NSSF) du Kenya a mis en place un système de contrats d'objectifs de performance pour mesurer et suivre ses performances au regard d'objectifs négociés. Dans un autre registre, le Ghana met actuellement au point un système de ciblage commun (*Common Targeting Mechanism*) qui vise à définir des indicateurs pour identifier les personnes susceptibles de bénéficier des mesures de lutte contre la pauvreté qu'il met en œuvre.

Intégrer la gestion des risques à l'administration de la sécurité sociale

L'identification et la gestion des risques constituent une pierre angulaire de la bonne gouvernance (Ortiz, 2010). En instaurant une culture de sensibilisation au risque et de gestion du risque, l'organisation se met en position de pouvoir faire face à n'importe quelle situation susceptible de mettre en péril son fonctionnement et ses résultats. Les risques susceptibles d'affecter l'administration de la sécurité sociale sont divers et peuvent provenir de l'institution elle-même (risques stratégiques, opérationnels, actuariels, d'investissement et risques liés au principe du «principal-agent» par exemple) ou avoir une cause extérieure (risques démographiques, politiques, économiques, risques de catastrophe et risques liés à la réglementation).

Pour remédier aux problèmes d'efficacité qui l'empêchaient d'offrir à ses membres des services de meilleure qualité et des prestations d'un niveau satisfaisant, la Caisse nationale de sécurité sociale (NSSF) de l'Ouganda a défini un cadre de gestion des risques applicable à l'ensemble de l'organisation afin d'identifier systématiquement les facteurs susceptibles de faire obstacle à la réalisation des objectifs de ses programmes et d'appliquer des stratégies d'atténuation des risques à tous ses

processus opérationnels, y compris en matière d'investissement. De même, au Nigéria, la Commission nationale des pensions (PenCom) recourt à un mécanisme de surveillance fondé sur les risques pour assurer le suivi de ses performances opérationnelles.

Améliorer les pratiques en matière d'investissement

La gestion des fonds de réserve de la sécurité sociale peut être une tâche particulièrement ardue, en particulier si l'Etat influence les décisions d'investissement dans un sens jugé peu favorable aux intérêts des cotisants et bénéficiaires du régime ou en cas de mauvaise gestion des investissements par les administrateurs du régime. Les organisations de sécurité sociale mandatées pour investir les fonds de réserves doivent accorder plus d'importance à un ensemble de pratiques réglementaires et de gestion importantes (AISS, 2010b) (voir encadré 5.2.).

Lorsque les organisations de sécurité sociale sont représentées au sein de conseils d'administration d'entreprises, il importe de veiller au préalable à ce que les objectifs de l'organisation soient en phase et compatibles avec ceux de l'entreprise afin d'éliminer ou de réduire le risque de conflits d'intérêts. En outre, il faut définir des règles claires au sujet des revenus et/ou dividendes auxquels les représentants de l'organisation de sécurité sociale peuvent éventuellement prétendre en qualité de membres du conseil d'administration de l'entreprise.

Depuis 2008, le Comité des investissements du Fonds national de pension (NPF) de Maurice publie

régulièrement des communiqués de presse et des informations sur son site web au sujet de l'investissement des excédents du régime et de son portefeuille d'investissements. Cette démarche lui a notamment permis d'apparaître comme une organisation qui opère de manière plus transparente.

Améliorer le recouvrement des cotisations

Ces dernières années, de nombreuses innovations ont été introduites pour améliorer le recouvrement des cotisations dans les organisations de sécurité sociale africaines et des «facteurs de succès» ont été identifiés. Ces changements, dont bon nombre ont été présentés durant le Forum mondial de la sécurité sociale, au Cap, ont été motivés par la volonté d'atteindre des objectifs clairs et précis, par exemple de diminuer les retards de paiement des cotisations, de rationaliser le processus d'enregistrement des cotisations versées, d'accroître l'efficacité de la gestion des bases de données, de renforcer la sécurité des fichiers et des archives, de réduire les délais de traitement et d'améliorer les services rendus aux membres.

Bien souvent, ces améliorations visent à permettre de relier sans difficulté les cotisations versées par un membre aux prestations à payer, de façon à ce que les prestations dues puissent être rapidement servies au bénéficiaire approprié (AISS et Accenture, 2010). Avec son portail web DAMANCOM, la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) du Maroc permet à ses membres d'effectuer leur déclaration de salaire et de payer leurs cotisations sociales en ligne dans un environnement sécurisé. L'Office national du régime des pensions

5.2. Pratiques réglementaires et de gestion

- Il est important d'appliquer le principe de prudence à la gestion des investissements et de mettre en place une structure de gouvernance prévoyant, entre autres, des normes de qualification minimale pour l'ensemble du personnel chargé des investissements.
- Il faut adopter un code d'éthique, veiller à la transparence du processus décisionnel et prévoir des mécanismes de contrôle extérieurs à l'unité chargée des investissements.
- Il convient d'utiliser des indices de référence et des normes pour mesurer les performances.
- Il faut mettre en place un système de rémunération de nature à encourager le personnel à bien faire et à le dissuader de mal faire.
- Il faut définir clairement les motifs pour lesquels la responsabilité des agents et du personnel impliqués dans la gestion de l'investissement des réserves peut être engagée.

(NAPSA) de Zambie a introduit un système électronique pour faciliter l'enregistrement des cotisations des membres, ce qui a ensuite permis de simplifier le traitement des prestations et de réduire les erreurs.

Pour optimiser le recouvrement des cotisations, la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS) du Cameroun a établi un partenariat avec les autorités fiscales du pays pour faciliter le recouvrement des arriérés de cotisations. Cette coopération a conduit à d'importants changements dans la législation et les procédures, changements qui se sont révélés fructueux. Alors qu'auparavant, 20 pour cent seulement des cotisations dues étaient versées spontanément, cinq ans après la réforme, le respect des obligations s'était fortement amélioré, plus de 90 pour cent des cotisations dues étant acquittées spontanément et le volume total des cotisations ayant progressé de 73 pour cent.

Désirant mettre le progrès technologique au service d'un recouvrement plus efficace des cotisations, le Fonds de prévoyance des employés de l'Etat de la République-Unie de Tanzanie a lancé, en partenariat avec Vodacom Tanzanie, le service M-Pesa, qui permet de verser les cotisations à l'aide d'un téléphone portable (allAfrica.com, 2011).

Améliorer les processus de traitement des prestations et l'infrastructure des TIC

Cherchant à tirer parti des progrès des TIC, plusieurs organisations de sécurité sociale africaines modifient actuellement leurs processus opérationnels pour améliorer l'efficacité globale de leurs activités, réduire leurs dépenses de fonctionnement et accélérer le traitement des demandes de prestations.

Ainsi, la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) du Gabon a fait appel aux TIC pour soutenir une gestion à la fois participative et tenant compte des valeurs culturelles, et a beaucoup gagné en efficacité au niveau du paiement des prestations. Alors que les bénéficiaires devaient auparavant patienter quatre mois en moyenne pour percevoir leurs prestations, le délai d'attente a été ramené à dix jours en moyenne.

Au Ghana, l'Institut de sécurité sociale et d'assurance nationale (SSNIT) avait investi dans l'utilisation des

TIC conçues comme un outil stratégique pour l'administration des programmes, mais des problèmes de maîtrise de ces technologies par les utilisateurs avaient ralenti les services; de plus, le manque de planification dans la mise à niveau de l'infrastructure s'était soldé par des problèmes de cohérence et de compatibilité avec les applications existantes. Face à cette situation, l'introduction de contrats quinquennaux de niveau de service, la création de services d'aide à l'utilisation des TIC et la mise en place de coordinateurs des systèmes de gestion et d'information dans les agences ont permis de rationaliser les systèmes et de réduire le coût de leur entretien, ce qui a eu un impact favorable sur les performances.

En Tunisie, la Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale (CNRPS) a modernisé l'infrastructure de ses TIC pour améliorer la fourniture de services. L'harmonisation des procédures a permis de réduire les erreurs dans le paiement des prestations et de diminuer les frais de fonctionnement.

Le Mozambique projette d'adopter le paiement électronique pour son programme de subventions alimentaires (*Programa de Subsídio de Alimentos*) afin de réduire les frais de fonctionnement du programme, qui représentent actuellement quelque 40 pour cent de la valeur des transferts.

Au Maroc, le Régime collectif d'allocation de retraite (RCAR) a introduit des nouvelles technologies pour mettre en œuvre sa politique dite «zéro papier», ce qui a donné lieu à une réduction des coûts de gestion et de fonctionnement et à l'amélioration des services rendus aux clients.

La responsabilisation du personnel, élément clé de la performance

Le dynamisme et l'autonomie des ressources humaines jouent un rôle fondamental dans les performances des organisations de sécurité sociale. Disposer de processus, de moyens et d'infrastructures TIC adaptés est un aspect important mais non suffisant. Pour que ces systèmes puissent fonctionner ensemble, il faut aussi avoir un personnel doté des qualifications et compétences requises.

Pour renforcer l'autonomie du personnel et améliorer ainsi les performances, les organisations de sécurité sociale africaines développent les capacités de leurs ressources humaines par plusieurs biais: des investissements dans des programmes de formation nouvelle et continue, des programmes de gestion de la performance, des programmes de formation des cadres, un système de gratifications et de reconnaissance du mérite, la cartographie des compétences au sein de l'organisation, l'évaluation de l'écart entre les besoins du marché et les services rendus aux clients, et la création de moyens efficaces de communication interne (AISS et Accenture, 2010).

Globalement, il est important de promouvoir une culture d'entreprise basée sur le service à la clientèle au sein de l'organisation. Il est aussi essentiel de décliner les objectifs stratégiques de l'organisation jusqu'au niveau individuel, de manière à ce qu'en essayant d'atteindre leurs propres objectifs, les membres du personnel fassent directement le lien avec la réalisation de ceux de l'organisation (AISS, 2010b).

Pour que la bonne gouvernance continue de se développer dans les organisations de sécurité sociale africaines, plusieurs messages sont à retenir (voir encadré 5.3.).

5.3. Efficience et efficacité administratives: messages principaux

- Les diverses innovations introduites en nombre ces dernières années par les organisations africaines témoignent de leur détermination à améliorer leur efficience et leur efficacité opérationnelles et administratives.
- Plus une organisation de sécurité sociale se révèle efficiente et efficace, et est en mesure de fournir des prestations de sécurité sociale de façon cohérente, fiable, et mûrement réfléchie, plus elle est crédible.
- La bonne gouvernance est indispensable à une administration de la sécurité sociale hautement performante.

Conclusion

Compte tenu de la tendance mondiale émergente à promouvoir plus vigoureusement les interventions prospectives et précoces dans la sécurité sociale, le bilan des récents développements en Afrique, présenté dans ce rapport, est globalement positif. Parallèlement au rôle croissant des démarches proactives et préventives, des progrès significatifs ont été accomplis dans de nombreux pays pour étendre la couverture, améliorer l'adéquation et la qualité des prestations et des services et renforcer l'efficacité et l'efficacités des administrations de sécurité sociale — les quatre grands thèmes de recherche autour desquels s'articule ce rapport (voir encadré 6.1.).

Certes, il reste encore d'immenses défis à relever à travers le continent africain. Dans la plupart des pays, la priorité demeure avant tout la nécessité de rendre les systèmes de sécurité sociale réellement inclusifs, c'est-à-dire de parvenir à une couverture universelle offrant des prestations et des services abordables, durables et adéquats. Au-delà de cette priorité, il existe un consensus de plus en plus large sur le fait qu'atteindre les objectifs primordiaux que sont la réduction des pires formes de pauvreté et la prévention des risques sanitaires majeurs est non seulement possible, mais essentiel.

6.1. Développements et tendances de la sécurité sociale en Afrique

Quatre messages clés se dégagent des thèmes de recherche qui constituent le cadre de ce rapport:

- *Démarches proactives et préventives dans la sécurité sociale*: En Afrique, l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et préventifs et, en ce qui concerne plus particulièrement les organisations de sécurité sociale, les prestations familiales, sont les deux domaines dans lesquels les stratégies (proactives et préventives) d'intervention prospective et précoce sont le plus nécessaires et où leur impact positif devrait se faire sentir de la façon la plus marquée et la plus immédiate.
- *L'extension de la couverture de la sécurité sociale*: L'extension effective de la couverture permettant un accès aux prestations en espèces et aux soins de santé les plus élémentaires constitue toujours pour les pays du continent une priorité en matière de sécurité sociale et un défi majeur en termes de politique sociale. Des progrès ont néanmoins été accomplis dans ce domaine et, dans certains pays, ils ont été tout à fait significatifs.
- *Adéquation et qualité des prestations et services de la sécurité sociale*: L'amélioration continue et quantifiable de l'adéquation et de la qualité des prestations et des services doit être davantage prise en compte en tant qu'objectif nécessaire de la réforme de la sécurité sociale, même si la réalisation de cet objectif demeure conditionnée à des ressources et une capacité administrative suffisantes.
- *L'efficacité et l'efficacité administratives et opérationnelles*: Il est indispensable que les pays africains déploient de nouveaux efforts pour parvenir à une bonne gouvernance et à l'excellence administrative. Toute avancée dans ces domaines contribue à améliorer la performance des programmes de sécurité sociale en les rendant plus efficaces et efficaces, et à renforcer la légitimité des systèmes de sécurité sociale.

Une des premières mesures généralement adoptée en Afrique pour étendre la couverture consiste à améliorer l'accès des populations aux soins de santé. L'exemple du Rwanda est à cet égard encourageant. Dans de nombreux autres pays, le gouvernement s'est d'abord employé à mettre en place un programme de transferts monétaires en faveur des personnes âgées et des autres groupes sociaux vulnérables. Une fois que les populations ont un meilleur accès aux prestations et aux services essentiels, il est nécessaire de passer à une deuxième étape consistant à créer un système de sécurité sociale plus complet, comme l'ont fait Maurice, l'Afrique du Sud et la Tunisie.

L'extension de la couverture est certes importante, mais cet objectif doit aller de pair avec une volonté de satisfaire un public de plus en plus exigeant, qui attend des prestations et des services adéquats (en termes monétaires et sur le plan des risques couverts) et de qualité (disponibles en temps utile, apportant une valeur ajoutée, fiables, orientés vers les usagers, etc.). A cet égard, la *Stratégie de l'AISS sur l'extension de la couverture de la sécurité sociale* (2010c), qui s'inscrit dans la lignée de l'Initiative des Nations Unies pour un socle de protection sociale, vise à aider les organisations de sécurité sociale à établir des objectifs concrets et réalisables en matière d'extension de la couverture «verticale», en complément des stratégies nationales d'extension «horizontale».

A travers les exemples positifs décrits dans ce rapport, on observe que la restructuration des organisations de sécurité sociale aboutit à la mise en place d'administrations plus modernes et plus professionnelles. On constate également que les organisations s'efforcent d'améliorer leur gouvernance et leur performance organisationnelle à tous les niveaux opérationnels. De nombreuses données indiquent d'ailleurs qu'elles ont de plus en plus recours à des solutions TIC évolutives et adaptées à leurs besoins.

Un système de sécurité sociale bien conçu et doté des ressources appropriées est le mécanisme le plus apte à permettre, à l'échelle d'un pays, de renforcer les capacités des individus et de leurs familles et de soutenir les objectifs de développement national. Compte tenu de l'accentuation probable de la tendance à des démarches plus proactives et préventives, axées sur des interventions prospectives et précoces, les externalités positives

potentiellement générées par les systèmes de sécurité sociale pour le développement socio-économique des différents pays devraient se manifester de façon plus marquée.

Le rééquilibrage amorcé au sein de la sécurité sociale devrait contribuer, entre autres objectifs, à améliorer les indicateurs de santé et de bien-être des populations, à accroître les niveaux de performance organisationnelle et d'activité économique, et à soutenir à plus long terme la viabilité financière des systèmes de sécurité sociale.

Un tel aboutissement exige d'abord un leadership politique national associé à une vision stratégique. De leur côté, les organisations de sécurité sociale ont un rôle capital à jouer en soutenant la mise en œuvre des réformes. Il faut par ailleurs encourager les individus, les travailleurs, les employeurs et les organisations de sécurité sociale à adopter, dans la mesure du possible, une attitude plus proactive vis-à-vis du cycle de vie, du marché du travail et des risques organisationnels. Le processus d'adaptation nécessaire ne concerne d'ailleurs pas seulement les modèles comportementaux individuels, mais aussi l'interface entre toutes les organisations et organismes qui constituent les systèmes nationaux de sécurité sociale. Les administrateurs de la sécurité sociale devront quant à eux, pour relever le défi, réaliser des interventions précoces et se doter des qualifications et des compétences professionnelles appropriées.

Les données nationales présentées ici montrent clairement que la tendance mondiale vers un nouvel équilibre de la sécurité sociale commence seulement à se manifester dans les pays africains pris dans leur ensemble, mais qu'une évolution positive est tangible. Il va de soi qu'une série de facteurs contextuels (moment, rythme et déroulement de la réforme) influenceront sur la façon dont les systèmes nationaux de sécurité sociale continueront d'évoluer dans les années à venir. Une chose est certaine: les pays africains ont la volonté de développer les réponses institutionnelles et politiques appropriées à leurs priorités et leurs capacités nationales.

En évoluant vers un nouvel équilibre, la sécurité sociale ne doit pas perdre de vue ses valeurs essentielles que sont l'équité et la solidarité. En Afrique comme ailleurs,

le rééquilibrage de la sécurité sociale doit aussi contribuer à la réalisation de l'objectif de «la sécurité sociale pour tous». A cet égard, et pour conclure, le message positif émanant des exemples présentés dans ce rapport est qu'il est possible, même dans les pays à faible revenu, de parvenir à l'extension rapide d'une couverture de sécurité sociale effective.

Références

- AISS.** 2010a. *Une sécurité sociale dynamique: garantir la stabilité sociale et le développement économique* (Développements et tendances: rapport global, 2010). Genève, Association internationale de la sécurité sociale.
- AISS.** 2010b. *Lignes directrices de l'AISS en matière de bonne gouvernance à l'usage des institutions de sécurité sociale: un outil d'auto-évaluation.* Genève, Association internationale de la sécurité sociale.
- AISS.** 2010c. *La stratégie de l'AISS sur l'extension de la couverture de la sécurité sociale.* Genève, Association internationale de la sécurité sociale.
- AISS; Accenture.** 2010. *Une administration de la sécurité sociale hautement performante grâce à l'innovation, à la gestion du changement et à la gestion des risques: résumé des résultats 2008-2010* (Rapport de conférence, Forum mondial de la sécurité sociale, Le Cap, 29 novembre - 4 décembre). Genève, Association internationale de la sécurité sociale.
- allAfrica.com.** 2011. «Tanzania: M-Pesa launches social security remittance scheme», dans *Daily News Reporter*, 13 janvier.
- Avert.** 2011. *HIV and AIDS in Zambia.* Horsham.
- BAD.** 2009. *Mauritius: 2009-2013 Country strategy paper.* Abidjan, Banque africaine de développement.
- Baird, S. et al.** 2009. *The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women* (Policy research working paper, n° 5089). Washington, DC, Banque mondiale.
- Banque mondiale.** 2011. *Productive safety net project (PSNP).* Washington, DC.
- Barbone, L.; Sanchez B., L.-A.** 1999. *Les régimes de pensions et de sécurité sociale en Afrique Subsaharienne: problèmes et solutions possibles* (Rapport de conférence, XIII^e Conférence régionale africaine de l'AISS, Accra, 6-9 juillet). Genève, Association internationale de la sécurité sociale.
- Barrientos, A.; Niño-Zarazúa, M.; Maitrot, M.** 2010. *Social assistance in developing countries database* (Version 5.0 juillet 2010). Manchester, University of Manchester – Brooks World Poverty Institute.
- BIT.** 2010a. *Effects of non-contributory social transfers in developing countries: A compendium* (Working paper). Genève, Bureau international du Travail.
- BIT.** 2010b. *Extending social security to all – A guide through challenges and options.* Genève, Bureau international du Travail.
- BIT.** 2011. *Tendances mondiales de l'emploi 2011: le défi d'une reprise de l'emploi.* Genève, Bureau international du Travail.
- Carrin, G. et al.** 2008. *Social health insurance: How feasible is its expansion in the African region?.* Rotterdam, International Institute of Social Studies.
- Dupper, O.; Olivier, M. P.** 2010. *The extension of social security coverage: A South African case study* (Rapport de conférence, 6^e Conférence internationale d'analyse et de recherche en sécurité sociale, Luxembourg, 29 septembre - 1^{er} octobre). Genève, Association internationale de la sécurité sociale.
- ESA.** 2011. *World population prospects: The 2010 revision.* New York, NY, Nations Unies – Département des affaires économiques et sociales – Division de la population.
- Fultz, E.; Francis, J. M.** 2011. «Les programmes de prévention et de traitement du VIH et du sida mis en place par les entreprises: expérience récente de pays d'Afrique subsaharienne», dans *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 64, n° 3.
- Ghana. Ministère de la Main-d'œuvre, de la Jeunesse et de l'Emploi.** 2007. *Livelihood empowerment against poverty (LEAP): Social grants pilot implementation design.* Accra.
- Ghellab, Y.; Varela, N.; Woodall, J.** 2011. «Dialogue social et gouvernance de la sécurité sociale: un thème d'actualité pour l'OIT», dans *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 64, n° 4.

- Giovannetti, G. et al.** 2010. *Social protection for inclusive development: A new perspective for EU co-operation with Africa* (European Report on Development, 2010). San Domenico di Fiesole, European University Institute – Robert Schuman Centre for Advanced Studies.
- IDF; OMS-Afrique; UA.** 2006. *The diabetes declaration and strategy for Africa: A call to action and plan of action to prevent and control diabetes and related chronic diseases* (Summary document). Bruxelles, Fédération internationale du diabète; Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé – Office régional pour l'Afrique; Addis Abeba, Union africaine.
- Leo, R.** 2011. «NHIS will cover informal sector», dans *Daily Trust*, 24 août. <<http://allafrica.com/stories/201108240499.html>> (consulté le 05.09.2011).
- McCord, A.; Slater, R.** 2009. *Overview of public works programmes in sub-Saharan Africa*. Londres, Overseas Development Institute.
- McIntyre, D. et al.** 2008. «Beyond fragmentation and towards universal coverage, from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania», dans *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, n° 11.
- Musalem, A. R.; Ortiz, M. D.** 2011. «Gouvernance et sécurité sociale: étendre la portée des lignes directrices de l'AISS en matière de bonne gouvernance», dans *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 64, n° 4.
- Myeni, N.** 2011. «SNPF a pension scheme by 2013», dans *Swazi Observer*, 20 juillet.
- OMS et al.** 2007. *Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Ortiz, M. D.** 2010. *The ISSA good governance framework* (Rapport de conférence, Séminaire technique de l'AISS sur la gouvernance et l'investissement des institutions de sécurité sociale, Amman, 5-6 mai). Genève, Association internationale de la sécurité sociale.
- O'Shea, R.** 2008. *Sécurité sociale: aperçu des aspects de gouvernance et de gestion* (Rapport de conférence, Forum régional de la sécurité sociale pour l'Afrique, Kigali, 18-20 novembre). Genève, Association internationale de la sécurité sociale.
- PNUD; BIT.** 2011. *Successful social protection floor experiences* (Sharing innovative experiences, vol. 18). New York, NY, Programme des Nations Unies pour le développement.
- Rwanda. Ministère de la Santé.** 2010. *Annual report 2009-2010*. Kigali.
- Scheil-Adlung, X.; Bonnet, F.** 2011. «Au-delà du cadre de la couverture légale: évaluer la performance de la protection sociale de la santé», dans *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 64, n° 3.
- SSA; AISS.** 2011. *Social security programs throughout the world – Africa*. Washington, DC, Administration de la sécurité sociale.
- Tazi, C.** 2011. *Country case study: Morocco* (Rapport de conférence, Séminaire technique sur les Démarches proactives et préventives dans la sécurité sociale, Genève, 22 juin). Genève, Association internationale de la sécurité sociale.

Appendice

A.1. Types de régimes de sécurité sociale dans 44 pays d'Afrique

Pays	Vieillesse	Invalidité	Survivants	Maladie	Maternité	Accidents du travail	Chômage	Allocations familiales
Afrique du Sud	•	•	• ^e	b	b	•	•	•
Algérie	•	•	•	•	•	•	•	•
Bénin	•	•	•	b	•	•		•
Botswana	•		c			•		b
Burkina Faso	•	•	•		•	•		•
Burundi	•	•	•	•		•		•
Cameroun	•	•	•		•	•		•
Cap Vert	•	•	•	•	•	•		•
Centrafricaine, Rép.	•	•	•		•	•		•
Congo	•	•	•		•	•		•
Congo, Rép. démocratique du	•	•	•			•		•
Côte d'Ivoire	•	•	•	• ^a	•	•		•
Egypte	•	•	•	•	•	•	•	
Ethiopie	•	•	•			•		
Gabon	•	•	•	• ^a		•		•
Gambie	•	•	•			•		
Ghana	•	•	•	b	b	•		
Guinée	•	•	•	•	•	•		•
Guinée équatoriale	•	•	•	•	•	•		•
Kenya	•	•	•	• ^a		•		
Libéria	•	•	•			•		
Libye	•	•	•	•	•	•		b
Madagascar	•	•	•		•	•		•
Malawi	○		○	• ^a		•		
Mali	•	•	•	• ^a	•	•		•
Maroc	•	•	•	•	•	•		•
Maurice	•	•	•	• ^a		•	○	•
Mauritanie	•	•	•	• ^a	•	•		•
Niger	•	•	•	• ^a	•	•		•
Nigéria	•	•	•	•		•	d	

A.1. Types de régimes de sécurité sociale dans 44 pays d'Afrique – suite

Pays	Vieillesse	Invalidité	Survivants	Maladie	Maternité	Accidents du travail	Chômage	Allocations familiales
Ouganda	•	•	•			•		
Rwanda	•	•	•			•		
Sao Tomé-et-Principe	•	•	•	•	•	•		
Sénégal	•		•	•	•	•		•
Seychelles	•	•	•	•	•	•	b	
Sierra Leone	•	•	•			•		
Soudan	•	•	•			•		
Swaziland	•	•	•			•		
Tanzanie, Rép.-Unie de	•	•	•	• ^a	•	•		
Tchad	•	•	•		•	•		•
Togo	•	•	•	b	•	•		•
Tunisie	•	•	•	•	•	•	•	•
Zambie	•	•	•	• ^a		•		
Zimbabwe	•	•	•	• ^a		•		

Source: SSA et AISS (2011).

Notes:

lorsqu'il n'existe ni programme ni information, la ligne n'est pas complétée.

L'assurance maladie comprend un revenu de substitution et/ou des prestations de santé.

Dans certains pays, les dispositions du code du travail peuvent concerner certaines prestations, mais cela reste limité.

• Il existe un programme de sécurité sociale.

○ Programme de sécurité sociale introduit depuis 2007.

Assurance maladie comprenant un revenu de substitution et/ou des prestations de santé.

^a Prestations de santé uniquement.

^b Couverture fournie par d'autres programmes ou par l'aide sociale.

^c Allocations orphelins uniquement.

^d Pas de système statutaire appliqué.

^e Allocations survivants versées au titre de l'assurance chômage.

A.2. Principaux indicateurs démographiques pour 44 pays d'Afrique

Pays	Population totale Millions	Taux de dépendance des personnes âgées (%) ^a		Taux de dépendance des jeunes (%) ^b		Espérance de vie à la naissance (en années)		Age légal de la retraite		Espérance de vie à 60 ans Unisexe
		2010	2050	2010	2050	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Afrique du Sud	50,1	12	23	48	33	53,1	54,1	60↓	60	16
Algérie	35,5	10	46	41	28	71,9	75,0	60	55	19
Bénin	8,9	9	14	85	54	54,8	58,7	60↑	60↑	17
Botswana	2,0	10	20	53	34	53,7	51,3	65	65	17
Burkina Faso	16,5	7	12	89	62	55,0	57,0	56 ^d ↑	56 ^d ↑	13
Burundi	8,4	8	20	66	38	49,6	52,6	60	60	16
Cameroun	19,6	10	15	75	48	51,4	53,6	60	60	16
Cap Vert	0,5	12	38	52	26	70,5	77,7	65	60	18
Centrafricaine, Rép.	4,4	11	16	75	45	47,7	51,3	60↑	60↑	15
Congo	4,0	10	16	75	52	56,6	59,3	60↑	60↑	16
Congo, Rép. démocratique du	66,0	9	12	94	50	47,3	50,6	65	60	15
Côte d'Ivoire	19,7	11	16	77	46	55,3	57,7	55	55	16
Egypte	81,1	13	34	52	33	71,6	75,5	60	60	17
Ethiopie	83,0	10	19	78	34	58,3	61,6	60	60	16
Gabon	1,5	11	21	61	43	62,3	64,3	55	55	18
Gambie	1,7	7	13	84	48	57,7	60,3	60	60	13
Ghana	24,4	11	20	70	45	63,7	65,8	60	60	16
Guinée	10,0	10	14	82	52	53,2	56,4	55	55	16
Guinée équatoriale	0,7	8	15	70	48	50,3	52,9	60	60	16
Kenya	40,5	8	15	80	55	56,7	59,2	60↑	60↑	15
Libéria	4,0	8	13	83	54	56,4	58,6	60	60	16
Libye	6,4	10	39	48	29	72,7	77,9	65	60	19
Madagascar	20,7	9	15	83	53	65,2	68,6	60	55	17
Malawi	14,9	10	9	93	74	54,9	55,2	— ^c	— ^c	16
Mali	15,4	7	10	96	61	50,9	53,1	58	58	12
Maroc	32,0	13	41	44	28	70,3	74,9	60	60	18
Maurice	1,3	16	53	33	28	70,4	76,9	60	60	19
Mauritanie	3,5	8	17	72	48	57,4	61,0	60	55	13
Niger	15,5	8	9	104	73	54,8	55,8	60	60	16
Nigéria	158,4	10	13	82	59	51,7	53,4	50	50	17
Ouganda	33,4	8	10	102	64	53,8	55,4	55	55	16

A.2. Principaux indicateurs démographiques pour 44 pays d'Afrique – suite

Pays	Population totale Millions	Taux de dépendance des personnes âgées (%) ^a		Taux de dépendance des jeunes (%) ^b		Espérance de vie à la naissance (en années)		Age légal de la retraite		Espérance de vie à 60 ans Unisexe
		2010	2050	2010	2050	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Rwanda	10,6	8	15	80	56	54,5	57,1	55	55	16
Sao Tomé-et-Principe	0,2	10	20	74	40	63,5	66,5	62	57	17
Sénégal	12,4	8	13	83	50	58,6	60,9	55	55	13
Seychelles	0,1	15	50	32	27	68,9	78,3	63	63	19
Sierra Leone	5,9	7	12	80	44	47,5	48,9	60	60	10
Soudan	43,6	10	18	74	45	60,2	63,8	60	60	17
Swaziland	1,2	9	13	68	38	49,7	48,5	50	50	16
Tanzanie, Rép.-Unie de	44,8	10	12	89	68	58,2	60,3	60	60	17
Tchad	11,2	9	11	91	54	48,6	51,6	60	60	15
Togo	6,0	10	19	72	41	56,2	59,4	60↑	60↑	17
Tunisie	10,5	15	52	35	29	72,6	77,1	60↑	60↑	19
Zambie	13,1	10	8	95	84	49,2	50,0	55	55	16
Zimbabwe	12,6	11	19	70	37	54,0	52,7	60	60	17

Sources: ESA (2011); SSA et AISS (2011).

Modifications de l'âge légal de la retraite depuis 2007: ↑ pour une augmentation, ↓ pour une diminution.

^a Population âgée de 60 ans ou plus divisée par la population âgée de 15 à 59 ans.

^b Population âgée de 14 ans ou moins divisée par la population âgée de 15 à 59 ans.

^c Les personnes âgées de 50 à 70 ans ou comptabilisant au moins 20 annuités de service peuvent prendre leur retraite.

^d L'âge du départ à la retraite varie de 56 à 63 ans, selon le type d'emploi occupé.

^e Taux de dépendance et de l'espérance de vie à 60 ans: estimations de l'AISS à partir des données disponibles.

Afrique: un nouvel équilibre pour la sécurité sociale

Afrique: un nouvel équilibre de la sécurité sociale identifie, synthétise et interprète les développements et tendances les plus importants survenus récemment en Afrique dans le domaine de la sécurité sociale. L'une des principales conclusions de ce rapport est que l'extension d'une couverture de sécurité sociale efficace, permettant un accès aux prestations en espèces et aux soins de santé essentiels, constitue toujours pour les pays du continent une priorité et un défi majeur en termes de politique sociale – mais cette extension est possible, et peut même être rapide.

Le présent volume est le premier d'une série de quatre rapports régionaux sur les développements et tendances, dont l'objectif est d'accompagner et d'alimenter les travaux des forums régionaux de la sécurité sociale que l'AISS organisera durant la période triennale 2011-2013. En combinaison avec les rapports sur les Amériques, l'Asie et le Pacifique, et l'Europe, cette série de rapports, de par leur portée régionale, permet de soutenir les efforts visant à mieux étudier et comprendre les principaux défis, qui sont aussi sources d'enseignements, auxquels sont confrontées les organisations membres de l'AISS dans les différentes régions du monde.

L'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) est la principale organisation internationale qui rassemble des ministères, des administrations de sécurité sociale et des organismes chargés de la gestion de caisses de sécurité sociale. L'AISS compte 330 organisations membres dans plus de 150 pays, dont 81 organisations en Afrique.