

# République centrafricaine

## Avant-projet de politique nationale de protection sociale

ADOPTÉ PAR LES MANDANTS  
TRIPARTITES A BANGUI  
LE 30 MARS 2012



## Table des matières

<b>Sigles et abréviations</b> .....	4
1. Introduction.....	5
<b>2. Diagnostic de l'existant</b> .....	7
<b>2.1 Le contexte macroéconomique</b> .....	7
<b>2.2 La protection sociale de la santé</b> .....	8
<b>2.4 L'accès au revenu</b> .....	10
<b>2.4 L'accès à l'éducation</b> .....	11
<b>2.5 Les programmes de sécurité du revenu</b> .....	12
<b>2.5.1 Pour les travailleurs du secteur public</b> .....	12
<b>2.5.2 Pour les travailleurs du secteur privé</b> .....	13
<b>2.5.3 Pour les travailleurs des secteurs informel et rural</b> .....	13
<b>2.5.4 Pour les groupes vulnérables</b> .....	14
<b>2.6 Les acquis et préoccupations majeures</b> .....	15
2.6.1 Les acquis.....	15
2.6.2 Les préoccupations majeures.....	16
<b>3. Politique nationale de protection sociale</b> .....	18
<b>3.1 La vision de la PNPS</b> .....	18
<b>3.2 Les principes directeurs</b> .....	<u>20</u>
<b>3.3 L'objectif et les orientations stratégiques</b> .....	20
<b>3.3.1 L'objectif de la PNPS</b> .....	20
<b>3.3.2 Les orientations stratégiques</b> .....	21
<b>4. Dispositifs de mise en œuvre</b> .....	26
<b>4.1 Les principes de base</b> .....	26
<b>4.2 Les cadres institutionnel et organisationnel du pilotage de la mise en œuvre</b>	26
<b>4.3 Les instruments de mise en œuvre de la PNPS</b> .....	28
4.4 Le financement.....	30
4.5 L'analyse des risques .....	30
4.6 Le suivi-évaluation.....	31

## Sigles et abréviations

ACP	Approche par compétence
CNLS	Comité national de lutte contre le sida
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CMCA	Crédit mutuel de Centrafrique
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
ECASEB	Enquête centrafricaine de suivi et d'évaluation du bien être
EMF	Entreprise de micro finance
IMOA – EPT	Initiative de mise en œuvre accélérée de l'éducation pour tous
JPN	Jeunesse pionnière nationale
HIMO	Haute intensité de main d'œuvre
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OEV	Orphelin et enfant vulnérable
OIT	Organisation internationale du travail
PAPSE	Programme d'appui aux programmes sectoriels de l'éducation
PAO	Plan d'action opérationnel
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PIB	Produit intérieur brut
PNPS	Politique nationale de protection sociale
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PTF	Partenaires techniques et financiers
PVVIH	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
PS	Protection sociale
PSES	Projet d'urgence aux secteurs de l'éducation et de la santé
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise
USD	Dollar des Etats Unis d'Amérique
UCACEC	Union centrafricaine des coopératives d'épargne et de crédit
RCA	République centrafricaine

## 1. Introduction

L'histoire récente de la République Centrafricaine (RCA) a été marquée par une succession de crises politico-militaires qui ont détérioré les conditions de vie de la population, amplifiant la pauvreté et rendant difficile l'accès de la majorité de la population aux services sociaux de base. Son économie, déjà fragile et sortie très sinistrée de ces événements, est caractérisée par un large secteur informel, une faible capacité à générer des revenus, un marché de capitaux inexistant. Elle reste sensible à la volatilité du prix des produits de base et à la fuite des capitaux.

Malgré la richesse de ses ressources naturelles, la République centrafricaine est classée parmi les pays les moins avancés au monde. Avec un Indicateur de Développement Humain (IDH) de 0,315, elle est classée en 2010 au 159<sup>ème</sup> rang parmi 169 pays (PNUD, 2010). La majorité de la population centrafricaine vit dans des conditions sociales difficiles ; en effet, 62 % d'entre elle vivent avec moins de 1,25 USD par jour. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont élevés, respectivement 106 pour mille et 176 pour 1000 en 2006. Les taux indiqués sont supérieurs à ceux de 1995. Pour 100000 naissances vivantes en 2000, on déplorait 948 décès maternels. Avec un taux de prévalence de 6,2%, la RCA est le pays le plus touché par l'infection au VIH en Afrique centrale. Quant à l'éducation, le taux net de scolarisation se situe à 63% en 2009 avec toutefois de fortes disparités par rapport au genre, aux régions et aux niveaux de vie des ménages. On relève également un fort taux d'abandon scolaire car les enfants restent à l'école pendant une durée moyenne de 3,5 ans seulement.

Les crises alimentaire, énergétique et financière qui ont secoué le monde à la fin des années 2000 ont eu un impact négatif sur le financement de certains secteurs sociaux (éducation, santé) car les appuis financiers extérieurs attendus par l'Etat visant le financement de ces secteurs ont connu des ajustements à la baisse. Quant à la hausse des prix des produits pétroliers, elle a eu un impact direct sur le panier de la ménagère (taux d'inflation en 2008 de 9,3%). La plupart des produits alimentaires et manufacturés sont devenus inaccessibles, plongeant ainsi les populations les plus vulnérables dans l'extrême pauvreté.

Ces indicateurs sont révélateurs d'un niveau de protection sociale assez bas. Ainsi, sur une population totale de près de 4'000'000 d'habitants, seuls 16 283 personnes (soit 0,40% de la population) bénéficiaient, en 2010, d'une prestation de la Caisse nationale de sécurité sociale (prestations familiales, Accidents du travail, pensions de vieillesse, de survivants et d'invalidité). La quasi-totalité de la population centrafricaine est donc privée du droit à la protection sociale pourtant garanti par la Constitution.

En effet, selon les dispositions constitutionnelles, l'Etat et les autres collectivités publiques ont, ensemble, le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et de l'encourager socialement par des institutions appropriées. Il garantit à l'enfant et à l'adulte l'accès à l'instruction, à la culture et à la formation professionnelle. Il déclare la gratuité de l'éducation dans les établissements publics pour les divers ordres de l'enseignement. La Loi fondamentale dispose que La République garantit à chaque citoyen le droit au travail, à un environnement sain, au repos et aux loisirs dans le respect des exigences du développement national. Des lois fixent les conditions d'assistance et de protection accordées aux travailleurs, et plus particulièrement aux plus jeunes, aux plus âgés, aux handicapés ainsi qu'à ceux qui ont des problèmes de santé dus aux dures conditions de leur travail ».

Face aux déficits sociaux et à l'aggravation de la pauvreté, le Gouvernement a adopté en 2008, son Document de stratégie de réduction de la pauvreté qui souligne la priorité d'améliorer l'accès aux services sociaux de base et notamment à la santé, à l'éducation et au logement (Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté 2008-2010). Ce premier DSRP, cadre fédérateur des stratégies de développement, visait à accroître le capital humain dans les domaines essentiels de l'éducation et de la santé, en privilégiant les actions qui touchent les régions les plus affectées par le phénomène de la pauvreté.

Le Gouvernement a réaffirmé dans le DSRP2 pour la période 2011-2015, l'importance du développement du capital humain en tant que mécanisme de transmission entre le développement économique et le développement social. Dans ce document de référence, le Gouvernement donne la vision à long terme de la RCA qui est de « Devenir un pays émergent, bâti sur une économie diversifiée, durable et harmonieusement répartie sur le territoire national, un Etat moderne ouvert sur le monde, attaché à une éthique et à l'innovation technologique ». Cette vision intègre implicitement la promotion de la protection sociale comme un outil clé pour relever le défi de la lutte contre la pauvreté.

Conscient que le déficit de protection sociale est un facteur susceptible d'entraver l'atteinte des objectifs de réduction de la pauvreté et ceux du millénaire pour le développement, et pour traduire de manière explicite sa volonté de faire de la protection sociale un instrument de développement du capital humain, le Gouvernement a décidé d'élaborer et de mettre en œuvre une politique nationale de protection sociale. Outre la Constitution et le DSRP, cette politique tire sa justification des engagements internationaux de l'Etat centrafricain, notamment la Déclaration universelle des droits de l'Homme, la Charte africaine des droits de l'Homme ainsi que les Conventions et Recommandations pertinentes de l'OIT.

Le présent document de politique nationale de protection sociale, qui est le fruit d'un long processus de concertation et de dialogue entre les partenaires sociaux, est organisé en trois parties : (i) le diagnostic de l'existant (ii) la politique nationale de protection sociale, (iii) les dispositifs de mise en œuvre.

## 2. Diagnostic de l'existant

### 2.1 Le contexte macroéconomique

L'économie centrafricaine est dominée par le secteur primaire qui représentait 51,1 % du PIB en 2010, suivi des secteurs tertiaire et secondaire avec respectivement 29,6% et 12,8% du PIB. L'agriculture vivrière (28,8% du PIB) et l'élevage (12,5% du PIB) constituent les principales activités du secteur primaire. Les secteurs forestier (le bois) et minier (le diamant), la pêche et les cultures de rentes (essentiellement le café et le coton) ne contribuent que pour une part marginale à la création de richesses même s'ils demeurent les principales sources de recettes d'exportations et de revenu des populations en milieu rural.

Au cours de la dernière décennie, l'économie centrafricaine a évolué en fonction de la situation politico-militaire et de la conjoncture internationale, alternant des périodes de bonne tenue des agrégats macroéconomiques et des périodes de forte contraction du PIB. En effet, entre 2000 et 2003, les conflits armés ont affecté tous les secteurs, entraînant un déclin de l'activité économique de 7,1% et une chute de la croissance annuelle moyenne du PIB par tête de 8,9%.

A partir de 2003, le pays a connu un élan de reprise, avec un taux de croissance qui est passé de -4,6% à 4,3% en 2007 dans un contexte marqué par le retour progressif à la stabilité sociopolitique et la mise en œuvre de réformes dans les domaines clés. Ainsi, entre 2003 et 2007, le niveau global de l'investissement a augmenté, soutenu par l'investissement privé dans les secteurs des mines, des transports et de la télécommunication. L'investissement étranger a progressé tout comme la consommation privée avec le paiement régulier des salaires.

Depuis 2008, l'économie centrafricaine a subi les effets combinés de la détérioration de l'environnement international et des différents chocs (crise de l'électricité au niveau national, flambée des prix du pétrole, crise alimentaire, dépréciation du dollar américain face à l'Euro, et crise financière internationale). Le taux de croissance du PIB réel est redescendu à 2,2% en 2008, soit un net recul de 2 points par rapport à 2007 et de 2,7 points par rapport aux projections initiales pour 2008.

Bien que l'évolution de l'économie au cours des quatre dernières années soit bien orientée, la croissance moyenne annuelle du PIB (2006-2009) par tête n'a été que de 0,93%, niveau très inférieur au taux d'accroissement démographique estimé à 2,5% au cours de la même période. Ce qui n'a que peu ou pas d'impact sur la pauvreté dont l'incidence nationale reste trop élevée (62%) en 2008.

En dépit des efforts déployés en 2010, les recettes totales (y compris les dons) rapportées au PIB se sont inscrites en baisse (15.7 % du PIB en 2010 contre 16.1 % 2009). Le ratio des recettes fiscales rapporté au PIB s'est toutefois amélioré (8.9 % du PIB en 2010 contre 8.7 % en 2009), mais l'effort de mobilisation des recettes fiscales n'a toutefois pas permis d'atteindre l'objectif de 12.9 % que le Gouvernement s'était fixé dans le cadre du document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP1 2008-10).

L'extension de la protection sociale comporte un coût et le Gouvernement devra créer les conditions pour y faire face. Aussi, l'amélioration des recettes fiscales s'avère aujourd'hui indispensable pour prendre en charge le coût de l'extension de

la protection sociale qui devrait commencer par l'implantation progressive d'un socle universel de protection sociale.

Les dépenses publiques ont représenté 15.9 % du PIB en 2010. Les dépenses courantes se sont accrues de 1.9 point de PIB. Par contre, les traitements et salaires, en dépit de l'accroissement de leur volume lié à la régularisation des arriérés de salaires et l'intégration de nouveaux fonctionnaires dans l'administration, se sont stabilisés par rapport au PIB à leur niveau de 2009 (4.5 % du PIB). Les dépenses d'investissement ont augmenté pour atteindre 5.2 % du PIB en 2010, favorisées notamment par l'amélioration de la capacité de gestion et d'absorption, ainsi que par la nécessité de satisfaire certains besoins urgents de remise en état et d'expansion des infrastructures de base, d'amélioration des services et de développement dans le domaine social.

## **2.2 La protection sociale de la santé**

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont élevés, respectivement 106 pour mille et 176 pour 1000 en 2006. Pour 100000 naissances vivantes en 2000, on déplorait 948 décès maternels. Avec un taux de prévalence de 6,2%, la RCA est le pays le plus touché par l'infection au VIH en Afrique centrale.

Parmi les principaux problèmes qui limitent l'accès des centrafricains aux soins de santé figurent l'insuffisance d'infrastructures sanitaires, leur inégale répartition géographique, mais surtout le faible pouvoir d'achat des populations. Même là où les infrastructures existent, le coût d'accès aux soins médicaux, les frais de transport pour atteindre les structures éloignées restent prohibitifs eu égard au faible pouvoir d'achat des ménages notamment en milieu rural.

En RCA, la sécurité sociale des travailleurs salariés est organisée par la loi n°06.035 du 28 décembre 2006 portant code de sécurité sociale et mise en œuvre par la Caisse nationale de sécurité sociale. Le champ matériel d'application de cette loi prévoit une branche de l'assurance maladie qui n'est pas encore fonctionnelle. En matière de soins de santé, les prestations fournies par la CNSS concernent la couverture des frais médicaux et pharmaceutiques des victimes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle. Dans la pratique les entreprises organisent la prise en charge sanitaire de leur travailleur directement auprès des formations sanitaires, ou à travers des mécanismes d'assurances auto-organisés et auto-gérés, ou encore en externalisant le risque à une compagnie privée d'assurance. Cependant cette prise en charge des travailleurs varie considérablement d'une entreprise à l'autre.

En 2006, le pays a adopté la loi n°06.030 fixant les droits et obligations des personnes vivant avec le VIH/SIDA qui garantit l'accès des PVVIH aux soins dans les formations sanitaires publiques et privées est garanti à toute personne vivant avec le VIH/SIDA. En théorie, les PVVIH bénéficient de la gratuité des antirétroviraux. La réalité de cette gratuité est fortement tributaire de la régularité des financements internationaux.

Malgré les efforts déployés par le Gouvernement, des difficultés subsistent en matière de Protection de la santé. En effet:

- a) Les ménages constituent les premiers financeurs des soins de santé;

- b) Il n'existe pas de mécanismes de mutualisation à large échelle de sorte que le paiement à l'acte constitue la règle avec des risques de dépenses catastrophiques et de paupérisation pour les populations ;
- c) Des mécanismes de prise en charge existent mais sont fragmentés entre plusieurs programmes et projets qui manquent visiblement de cohérence les uns par rapport aux autres (le pays ne dispose pas d'une stratégie de financement de la santé) ;
- d) Des difficultés subsistent en matière de prise en charge des soins de santé des fonctionnaires et de celle des indigents ;
- e) Il existe un important gap de couverture des malades du SIDA en traitements antirétroviraux ;
- f) Il n'existe pas de mécanisme d'accès des populations des secteurs informel et rural aux soins de santé (en dehors des programmes humanitaires limités aux zones post-conflit) ;
- g) Les programmes existants sont pour la plupart financés à partir de ressources extérieures (programme VIH/SIDA et projets humanitaires); il se pose alors le problème de la pérennité des financements et donc des actions engagées.

Face à ces problèmes, le pays s'est doté d'un Plan national de développement sanitaire de deuxième génération (PNDS) 2006-2015 qui vise les résultats stratégiques suivants (i) 72 pour cent des populations, en particulier les plus pauvres, doivent avoir accès aux services de santé ; (ii) 22 pour cent d'entre eux doivent avoir accès à des soins de qualité ; (iii) les taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle doivent être réduits respectivement de 176 pour cent à 103 pour cent et de 596 à 500 pour 100 000 naissances vivantes et, (iv) les taux de morbidité et de mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles, y compris ceux des situations d'urgence, doivent aussi être réduits.

Le Gouvernement centrafricain s'est également engagé vers l'atteinte des OMD en général et ceux relatifs à la santé en particulier. Il a, en effet, inscrit dans ses priorités la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle, la lutte contre le paludisme, le VIH et le paludisme.

La RCA a par ailleurs souscrit à d'autres stratégies internationales et régionales d'amélioration de la santé des populations comme la stratégie sanitaire du NEPAD, la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), la Déclaration d'Abuja visant à faire reculer le paludisme en Afrique, le programme mondial d'élimination du paludisme.

De façon concrète, l'Etat centrafricain a adopté des textes en vue de favoriser la prise en charge des différentes catégories de population.

Ainsi, le décret n°94-336 du 29 septembre 1994 portant tarification des prestations des établissements de santé prévoit une prise en charge des soins de santé des fonctionnaires à hauteur de 80% sur le budget de l'Etat ; les 20% restant étant à la

charge de l'agent public. S'agissant des agents relevant du Ministère de la santé, leur prise en charge est assurée à 100%.

La prise en charge gratuite des indigents est prévue par le même texte. Une loi de finance, celle de 1995 fait obligation aux collectivités locales d'ouvrir une ligne budgétaire en vue d'assurer le remboursement aux formations sanitaires des dépenses de santé des personnes assistées sociales de leur ressort territorial.

## **2.4 L'accès au revenu**

Selon les deux derniers recensements de la population, le taux d'occupation a connu une baisse passant de 59% en 1988 à 47% en 2003. Les résultats de l'enquête ECASEB réalisée en 2008, indiquent que la population active représente 83,9% de la population totale. Cette proportion se décompose en 82,6% d'actifs occupés (dont 19% sont sous employés ou en « chômage déguisé »), et 1,3% de chômeurs. Ce qui donne un taux de chômage global de 20,3% et un taux d'emploi de 63,6% en 2008.

En ce qui concerne les disparités régionales, ce taux d'occupation global (taux d'emploi plus « chômage déguisé») de 82,6% est relativement plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (87,6% contre 74,8%) du fait du niveau plus élevé du taux de sous emploi ou chômage déguisé (22% en milieu rural contre 17% en milieu urbain).

Le secteur primaire (l'agriculture/cueillette/ chasse/exploitation forestière) est la branche d'activité la plus pratiquée car un peu plus de 60% des populations actives occupées s'y adonnent. On y observe une prédominance en milieu rural où plus de 84% de la population active est dans cette branche (contre 35% en milieu urbain). L'administration ne compte que 1,6% de l'ensemble des actifs occupés. Ainsi, les salariés (cadres, ouvriers et manœuvres) ne représentent que 8% contre 74% pour ceux qui exercent une profession libérale.

Concernant les disparités liées au genre, les femmes sont plus nombreuses dans le secteur primaire avec plus de 74% d'entre elles qui exercent dans ce secteur. Toutefois, les hommes prédominent parmi les salariés (14% contre seulement 2,6% chez les femmes). Cette catégorie de salariés relève dans sa majorité de l'administration publique.

Le chômage est plus prononcé chez les femmes (20% contre 17% chez les hommes). L'analyse de la pauvreté par rapport à la situation de l'emploi fait ressortir une certaine hiérarchie sociale. L'incidence de la pauvreté est relativement plus faible dans les ménages où le chef travaille dans l'administration avec 30% qui n'atteignent pas 1,25 dollar par jour (26,7% chez les salariés de l'administration publique contre 43% pour ceux du privé). Ce résultat dénote la faiblesse du secteur privé à octroyer des emplois avec des rémunérations décentes. Pour les autres catégories, plus de 40% n'atteignent pas le seuil de pauvreté.

Quelques tendances d'amélioration ont été observées entre 2003 et 2009 concernant la situation de l'emploi dans le pays. Des efforts importants ont été déployés par le Gouvernement pour intégrer progressivement des jeunes diplômés dans la fonction publique et des textes ont été adoptés pour l'amélioration des conditions de travail ainsi que des initiatives pour développer les activités à haute intensité de main d'oeuvre (HIMO). Des programmes de formation pour la réinsertion

des jeunes à travers la Jeunesse Pionnière Nationale (JPN) ont aussi été mis en oeuvre.

D'importants défis restent cependant à relever. Il s'agit de i) la mise en œuvre d'une véritable politique de relèvement économique permettant aux couches les plus défavorisées d'accéder aux activités génératrices de revenus et à l'auto-emploi; ii) la promotion de l'accès des femmes et des jeunes à la formation ; iii) la poursuite des réformes pour l'amélioration de l'environnement des affaires en vue de promouvoir la création d'entreprises à haute intensité de main d'œuvre (HIMO) ; iv) l'encadrement du secteur informel afin qu'il joue son rôle de pourvoyeur d'emplois.

## **2.4 L'accès à l'éducation**

Le système éducatif centrafricain souffre d'une capacité très faible à scolariser les enfants en âge d'aller à l'école et à alphabétiser les adultes. La forte déperdition scolaire, le faible taux de scolarisation des jeunes filles, l'insuffisance de qualité de l'enseignement dispensé et la répartition inégale des infrastructures scolaires figurent parmi les contraintes majeures du système éducatif. La détérioration du système éducatif a des répercussions négatives sur la santé de la population en termes d'accès à l'information sanitaire et à l'utilisation des services de santé et à l'adoption de comportements favorables à la santé.

L'adoption de nouveaux cadres stratégiques a favorisé le développement du secteur. En effet, suite à l'adoption de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté (DSRP), avec l'appui des partenaires techniques et financiers, le gouvernement a élaboré une nouvelle Stratégie Nationale du Secteur de l'Education (SNSE) qui a permis l'élection du pays à l'Initiative pour la Mise en Oeuvre Accélérée de l'Education Pour Tous (IMOA-EPT). Ce nouveau cadre a permis la mobilisation des ressources dans le cadre du Projet d'urgence au Secteur de l'Education et la Santé (PSES) et par la suite du Projet d'Appui au Programme Sectoriel de l'éducation (PAPSE).

En outre, l'étude diagnostique du système éducatif a permis à la RCA de bénéficier de l'initiative FastTrack permettant d'accéder à des ressources supplémentaires pour financer les investissements nécessaires conformes à la vision de la stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP).

Ces ressources mobilisées dont le montant s'élève à 37,8 millions de dollars sont obtenues sur financement de la Banque Mondiale, du Japon, et des Pays Scandinaves notamment. Les campagnes de sensibilisation menées dans le cadre de ces projets a permis une meilleure appropriation des priorités du secteur par les partenaires locaux d'éducation et l'implication effective de ces derniers dans la mise œuvre des actions programmées.

La stratégie consistant à réduire les frais des redevances scolaires, les dispositions relatives à la facilitation de la délivrance des actes de naissance et les mesures administratives relatives à la limitation du taux de redoublement ont contribué à améliorer l'accès et la qualité de l'éducation. La stratégie de paiement des salaires des contractuels dans leurs localités respectives a permis de réduire le taux d'absentéisme chez ces derniers et par conséquent a augmenté le temps effectif d'apprentissage des élèves. En outre, le paiement à terme échu des salaires ainsi que le déblocage d'une partie des arriérés dus aux fonctionnaires de l'Etat a créé un climat d'apaisement social qui a réduit le débrayage du corps enseignant.

L'insuffisance des ressources nationales du fait des effets de la crise associée à la faible mobilisation dans le passé des ressources extérieures pour le secteur a pénalisé la fourniture de l'offre éducative (déficit en personnel enseignant qualifié, insuffisance de salles de classe, de mobilier et équipements scolaires, etc.). Face à cette carence, des écoles communautaires ont été créées avec le recrutement d'enseignants peu qualifiés.

L'extrême pauvreté des ménages, associée au manque de cantines scolaires, l'absence de points d'eau et de latrines séparées dans la plupart des établissements d'enseignement défavorisent l'accès et le maintien des enfants à l'école.

Les disparités et l'exclusion des filles, des enfants des minorités, des enfants affectés par les crises, des enfants orphelins et vulnérables et des enfants présentant un handicap quelconque sont également des goulots d'étranglement et les approches traditionnelles ne marchent pas pour cette catégorie d'enfants. Il y a aussi la question de la qualité, dans un contexte où la moitié des enseignants est constituée de maîtres parents non qualifiés. En plus, les autorités des services déconcentrés ne sont pas toujours capables d'assurer la supervision des écoles et des enseignants à cause de l'accès limité, du manque de logistique et de formation.

Le défi majeur pour atteindre la scolarisation universelle à l'horizon 2015 consiste à réussir la mise en oeuvre de la première phase de l'Initiative pour la Mise en Oeuvre Accélérée de l'Education Pour Tous (IMOA-EPT) et à mobiliser des ressources additionnelles. Cette réussite passe par i) la gestion efficace de la situation des enseignants qualifiés et le maintien d'enseignants contractuels dans le système ii) la mise en oeuvre effective des réformes pédagogiques basées sur l'Approche Par Compétence (APC) et iii) l'ouverture de salles de classe supplémentaires et la dotation des écoles en équipements, manuels scolaires et matériels didactiques suffisants.

## **2.5 Les programmes de sécurité du revenu**

### **2.5.1 Pour les travailleurs du secteur public**

L'Etat a institué un régime spécial de sécurité sociale des fonctionnaires qui résulte de la loi n° 09.014 du 10 août 2009 portant statut général de la Fonction publique centrafricaine. Ce régime couvre en théorie:

- a) Les charges de famille
- b) La maladie ;
- c) Les accidents du travail et maladies professionnelles ;
- d) La maternité ;
- e) La vieillesse et le décès.

La gestion du régime spécial des fonctionnaires n'est pas confiée à un organisme spécifique. Les différentes prestations dues aux fonctionnaires sont administrées par le Trésor public. La mise en oeuvre effective de la couverture est tributaire des textes réglementaires qui ne sont pas encore promulgués.

Les mêmes types de régime existent respectivement pour les magistrats, les militaires et gendarmes. Ces régimes sont tous gérés directement par l'administration des finances.

### **2.5.2 Pour les travailleurs du secteur privé**

La protection sociale des travailleurs salariés du secteur privé structuré est assurée par la CNSS qui gère la loi qui couvre les quatre branches suivantes ::

- a) les charges de famille et maternité
- b) les accidents du travail et maladies professionnelles;
- c) l'invalidité, la vieillesse et le décès ;
- d) la maladie

Le service de ces prestations est complété par une action sanitaire et sociale. Actuellement, seules sont organisées les branches de prestations familiales et de maternité, de risques professionnels et des pensions.

Actuellement la CNSS fait face à d'importantes difficultés de gestion. Au 31/12/2008 l'institution cumulait 12 milliards d'arriérés de prestations sociales et, sur 37,8 milliards d'arriérés de cotisations dues à la CNSS, l'Etat et ses démembrements étaient redevables de 32,3 milliards de FCFA.

### **2.5.3 Pour les travailleurs des secteurs informel et rural**

Les systèmes de sécurité sociale ne prennent pas encore en compte les travailleurs de l'économie informelle et du secteur rural. Un régime volontaire a été envisagé dans le dispositif de la CNSS pour la couverture de ces catégories de populations mais l'ouverture n'a pas été suivie d'effet.

Les populations relevant de ces secteurs se sont plutôt organisées en coopératives (de producteurs) en vue de mettre en commun des moyens de production et de promouvoir leurs filières économiques respectives. Ces coopératives qui existent dans presque toutes les filières de production, jouent plusieurs rôles dans le développement socioéconomique de leur zone d'intervention : i) un rôle social (création d'écoles, de centres de santé, etc.) en concertation avec les autres acteurs du monde rural, ii) un rôle économique par l'élaboration, la préparation de petits projets pour les éleveurs, les agriculteurs, etc. Ces organisations de producteurs s'insèrent pleinement dans la démarche de développement local qui est d'actualité avec les projets de décentralisation.

En plus des coopératives de producteurs, il existe des coopératives d'épargne et de crédit. Environ une trentaine d'EMF regroupant des caisses/coopératives d'épargne et de crédit, de volets micro finance de projets ou ONGs assurent la fourniture des services d'épargne et de crédit à la population. Ces intervenants comptent 12 structures agréées et organisées dans le cadre de deux réseaux (CMCA et UCACEC) et 24 unités indépendantes ou affiliées. Le portefeuille clients/bénéficiaires du secteur de la micro finance atteignait 34.000 personnes en 2006. Selon l'étude diagnostique effectuée en 2006, les clients/bénéficiaires des EMF ont exprimé des besoins en vue de l'introduction de produits non financiers tels que la micro assurance santé.

D'une manière générale, les coopératives en RCA sont dotées d'organes prévus par leurs textes de base. La prise de décision en assemblée générale est la voie utilisée pour ce qui est de la désignation des membres des organes et de la prise de décisions stratégiques. Les dispositions relatives aux réunions périodiques (en dehors des assemblées générales) ne sont pas respectées. Si les réunions des conseils d'administration ou de comités de gestion sont respectées, il n'en est pas de même pour les réunions des comités chargés du contrôle et de la surveillance.

Malgré les insuffisances relevées, les coopératives peuvent jouer un rôle décisif dans la stratégie de l'extension de la protection sociale en faveur des populations des secteurs informel et rural.

S'agissant spécialement de la protection sociale des sociétaires, les dispositions de statuts contiennent une ébauche de garantie en cas de survenance de certains risques.

Pour permettre à ces structures de jouer le rôle prépondérant dans la relance de la production et la promotion de la protection sociale, il est nécessaire de procéder à la révision du cadre juridique en vigueur.

#### **2.5.4 Pour les groupes vulnérables**

Conformément à la loi n° 09.012 du 10 août 2009 portant statut, protection et promotion de la personne âgée, celle-ci jouit, à charge de l'Etat, des collectivités et des familles, dans le cadre de la solidarité nationale : (i) de l'assistance médicale, la prise en charge psycho sociale ainsi que de mesures d'insertion et de réinsertion afin de leur garantir, tout au long de leur existence, la santé et la qualité de la vie ; (ii) des avantages sociaux leur garantissant les meilleures conditions de bien-être social.

La loi impose à l'Etat, aux collectivités publiques, aux entreprises publiques et privées le devoir : (i) de contribuer à la réduction de la pauvreté des personnes âgées ; (ii) de favoriser et de promouvoir l'emploi de personnes qualifiées du 3<sup>ème</sup> âge en vue d'une réinsertion professionnelle ; (iii) de favoriser et d'encourager la création des structures de regroupements et d'intégration économique des personnes du 3<sup>ème</sup> âge ; (iv) de faciliter et de développer l'accès aux microcrédits des groupements économiques des personnes du 3<sup>ème</sup> âge (art. 7).

Elle crée une carte d'indigent et prévoit le placement institutionnel des personnes déclarées indigentes et abandonnées, dans les conditions fixées par voie réglementaire.

Pour les personnes handicapées, l'Etat a le devoir d'assurer la prévention, le dépistage du handicap ainsi que les soins, le transport, l'éducation, la formation, l'orientation professionnelle, l'emploi, l'accès aux loisirs, aux sports adaptés et aux édifices publics des personnes handicapées.

Les personnes handicapées bénéficient : (i) d'une carte d'invalidité ; (ii) des avantages tels que abattement, exonération, exemptions, subventions ; (iii) d'une formation professionnelle et d'un recrutement sur base d'un quota.

La carte d'invalidité ouvre droit à plusieurs aides individuelles en l'occurrence : (i) l'assistance médicale ; (ii) l'assistance matérielle ; (iii) l'assistance financière ; (iv) l'assistance judiciaire et, (v) l'assistance psychosociale.

L'assistance médicale est accordée aux personnes handicapées reconnues indigentes et titulaires d'une carte d'invalidité délivrée par l'autorité compétente. Elle comporte la prise en charge totale ou partielle des consultations, des examens et soins médicaux, de l'hospitalisation, de la rééducation fonctionnelle, des évacuations sanitaires suivant la réglementation en vigueur. L'assistance matérielle et financière consiste en des secours d'urgence, des secours ponctuels et des secours durables.

Les secours d'urgence sont des aides sociales accordées en une seule fois pour permettre aux bénéficiaires de faire face aux besoins de première nécessité inhérents à une situation inattendue et nécessitant une intervention urgente. Les secours ponctuels accordés pour la réalisation d'opérations déterminées comprennent : (i) l'aide à la création ou au financement d'activités socio-économiques ; (ii) l'aide à l'adaptation du poste de travail.

Les secours durables sont des aides sociales liées à des besoins nécessitant une assistance soutenue. Ils concernent : l'appareillage, les tricycles, l'assistance médicale aux maladies chroniques, les aides scolaires ou toute aide jugée comme telle par le Ministère des Affaires sociales.

Des dispositions particulières sont prévues en faveur des enfants, des élèves et étudiants handicapés. Ceux-ci bénéficient : (i) dès le dépistage ou le signalement de handicap, d'une action médico psycho-sociale en vue de prévenir ou de réduire ledit handicap ; (ii) des conditions particulières pour la scolarité, la participation aux examens et concours, l'octroi des bourses et l'intégration dans la Fonction publique ; (iii) d'une intégration dans les différents établissements scolaires, universitaires et de formation professionnelle ; (iv) des structures spécialisées de sports, loisirs et culture pour leur éducation.

Au-delà de toutes ces dispositions légales, qui demeurent théoriques il n'existe pas de structures organisées pour permettre leur mise en œuvre en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Pour ce qui concerne les enfants et orphelins, en dehors de quelques initiatives développées par certaines ONG nationales et internationales, l'essentiel des appuis aux OEV provient du Fonds Mondial. En 2008 et 2009, le CNLS a mis en œuvre des actions d'un montant de 534,7 millions de FCFA en faveur des OEV. Ainsi, entre 2008 et 2009, 14069 orphelins ont été réinsérés dans des familles, 23911 ont bénéficié d'un appui éducationnel, 7479 d'un appui alimentaire.

Il faut relever, par ailleurs, l'existence d'un centre de la mère et de l'enfant créé en 1972 et pour fournir un soutien sanitaire, alimentaire et psychosocial aux enfants orphelins ou en situation difficile âgés de 0 à 4 ans. Au 21/07/2011 le centre accueillait 168 enfants dont 18 internés.

## **2.6 Les acquis et préoccupations majeures**

### **2.6.1 Les acquis**

La mise en œuvre des programmes de protection sociale en RCA a permis d'enregistrer des acquis majeurs dont les plus importants sont :

- ***l'engagement politique*** : Les pouvoirs publics centrafricains ont clairement exprimé une volonté politique forte de faire de la protection sociale un instrument clé de valorisation et de promotion du capital humain. Elle s'est traduite par (i) l'introduction de mesures de protection sociale dans le DSRP1 à travers le pilier 4 « développer le capital humain », (ii) la reprise de la préoccupation relative à la protection sociale dans le DSRP2 qui vise désormais à accroître de manière durable le développement humain dans les domaines de la santé et de l'éducation au profit des populations en général et des plus vulnérables en particulier, (iii) le plaidoyer effectué par le pays auprès du SNU en vue de promouvoir la protection sociale et mettre en place un socle minimum en la matière.
- ***l'accompagnement des PTF*** : Il faut également relever la détermination des Partenaires Techniques et financiers à accompagner l'action du Gouvernement dans la mise en œuvre d'un socle de protection sociale.
- ***amélioration des indicateurs dans le domaine de l'éducation*** : Le taux net de scolarisation est passé de 55% en 2003/2004 à 63% en 2008/2009. Quant au taux d'alphabétisation des 15 ans et plus, il est passé de 41,4% en 2003 à 44% en 2008 (ECASEB, 2008). Les taux d'achèvement du cycle primaire sont également en progrès : 41,4% en 2004/2005, 46,6% en 2006/2007 et 57,4% en 2008/2009.
- ***Engagement du Gouvernement pour rendre accessible les soins de santé*** aux populations vulnérables notamment les indigents, les personnes âgées et les handicapés.
- ***L'existence de dispositifs formels d'assurance sociale mis en place par l'Etat ou par les communautés elles-mêmes et de mécanismes informels s'appuyant sur les réseaux de solidarité familiale, villageoise ou socioprofessionnelle***

## 2.6.2 Les préoccupations majeures

Il ressort de l'analyse de la situation actuelle de la protection sociale, les insuffisances et préoccupations ci-après :

- a) à l'instar de la plupart des pays africains, les régimes de protection sociale en vigueur en RCA couvrent une infime partie de la population, généralement les travailleurs salariés du secteur privé structuré et du secteur public à l'exclusion des travailleurs indépendants ;
- b) les travailleurs indépendants, agricoles et du secteur informel dont le régime spécial est institué par le CSS ne bénéficient d'aucune protection du fait de la non organisation effective de ce régime ;
- c) les structures socioprofessionnelles de l'économie solidaire sont en voie de renaissance. Leur statut juridique devrait être revu pour leur permettre de servir de support à l'extension de la protection sociale ;
- d) les personnes handicapées et les personnes âgées bénéficient d'une protection sociale « théorique » tendant à leur procurer l'assistance médicale et l'assistance matérielle et financière;

- e) les risques couverts sont limités (entretien des enfants, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, pensions d'invalidité, de vieillesse et de survivants). Ne sont pas organisées : (i) la branche maladie prévue par le régime général de sécurité sociale et, (ii) la branche chômage ;
- f) le Code du travail contient une série de dispositions tendant à combler les lacunes du régime général, notamment en matière de maladie, maternité, invalidité, chômage et vieillesse ;
- g) certains droits prévus par les textes législatifs ne sont pas effectifs du fait de l'absence de textes d'application;
- h) le niveau de prestations octroyées reste bas. A titre d'exemple, le montant des allocations familiales par enfant et par mois représente à peine l'équivalent de 3,6\$ EU ;
- i) l'existence des discriminations à l'égard de la femme (exemple femme fonctionnaire dont le mari est exclu du bénéfice des soins médicaux)
- j) la limitation du nombre d'enfants ouvrant droit aux allocations familiales (5 ou 6 selon que l'on est fonctionnaire ou travailleur salarié)
- k) le retard dans la liquidation des prestations sociales ou le gel de celles-ci ;
- l) l'amenuisement des moyens financiers de la CNSS dû au non respect par les employeurs de leurs obligations contributives ;
- m) la non constitution par les syndicats des caisses spéciales de secours mutuels et de retraites.

### **3. Politique nationale de protection sociale**

#### **3.1 La vision de la PNPS**

**« une couverture de protection sociale efficace, plus étendue et accessible à tous les centrafricains »**

La vision de la politique nationale de protection sociale trouve sa source dans les dispositions pertinentes de la Constitution de la République centrafricaine qui intègre, dès son Préambule, des références à la construction d'un Etat fondé sur une démocratie pluraliste, garantissant la sécurité des personnes et des biens, la protection des plus faibles, notamment les personnes vulnérables, les minorités sociales et le plein exercice des libertés et droits fondamentaux.

A travers sa Loi fondamentale, l'Etat centrafricain réaffirme son adhésion à la Charte de l'Organisation des Nations Unies, à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948, aux Pactes Internationaux du 16 décembre 1966 relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels d'une part et aux droits civils et politiques d'autre part. Il marque, par ailleurs, son attachement à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples du 27 juin 1981 et réaffirme son adhésion à toutes les Conventions Internationales dûment ratifiées, notamment celle relative à l'interdiction de toute forme de discrimination à l'égard des femmes ainsi que celle relative à la protection des droits de l'enfant.

L'article 6 de la Constitution stipule que l'Etat et les autres collectivités publiques ont, ensemble, le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et de l'encourager socialement par des institutions appropriées. Quant à l'article 7, il garantit à l'enfant et à l'adulte l'accès à l'instruction, à la culture et à la formation professionnelle. Il déclare la gratuité de l'éducation dans les établissements publics pour les divers ordres de l'enseignement.

Conformément aux dispositions de l'article 9, la République garantit à chaque citoyen le droit au travail, à un environnement sain, au repos et aux loisirs dans le respect des exigences du développement national. Des lois fixent les conditions d'assistance et de protection accordées aux travailleurs, et plus particulièrement aux plus jeunes, aux plus âgés, aux handicapés ainsi qu'à ceux qui ont des problèmes de santé dus aux conditions de leur travail ».

En plus de ces déclarations constitutionnelles et en vue d'améliorer concrètement les conditions de vie des populations, la RCA a adopté successivement deux documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Le DSRP1 adopté en 2007 pour la période 2008-2010, visait à accroître le capital humain dans les domaines essentiels de l'éducation et de la santé, en privilégiant les actions qui touchent les régions les plus affectées par le phénomène de la pauvreté. Quant au DSRP2 prévu pour la période 2011-2015, il a pour ambition de promouvoir une croissance forte favorable aux pauvres et aux personnes vulnérables avec pour objectif d'accroître de manière durable le développement humain dans les domaines de la santé et de l'éducation.

La RCA a également inscrit sa politique de développement économique et social dans le cadre de l'Agenda du travail décent du BIT qui stipule la nécessité de mettre en place une politique de création des richesses axée sur l'emploi et assortie d'une protection sociale adéquate à travers un dialogue social permanent à même de

promouvoir la dignité des travailleurs. Dans la même dynamique, le pays a souscrit à la Déclaration tripartite de Yaoundé adoptée en octobre 2010 et qui donne les lignes directrices de la mise en place de socles de protection sociale dans les pays africains. Cette déclaration prône une protection sociale fondée sur les garanties ci-après :

- a) toutes les personnes résidentes devraient pouvoir avoir accès financièrement et géographiquement à un ensemble défini au niveau national de services de soins de santé essentiels, y compris la santé maternelle;
- b) tous les enfants devraient bénéficier d'une sécurité du revenu, au moins égal au seuil de pauvreté défini au niveau national, grâce au versement d'allocations familiales destinées à faciliter l'accès à la nutrition, à l'éducation et aux soins;
- c) toutes les personnes en âge de travailler, identifiées comme vulnérables (telles que les femmes qui travaillent, les jeunes chômeurs, les travailleurs migrants, les travailleurs de l'économie informelle, les personnes vivant avec le VIH/SIDA) et n'étant pas en mesure de gagner un revenu suffisant sur le marché du travail, devraient bénéficier d'un niveau minimal de sécurité du revenu grâce à l'assistance sociale ou des régimes de transferts sociaux ou dans le cadre de régimes de garantie de l'emploi ou d'indemnités chômage;
- d) toutes les personnes résidentes, âgées et handicapées, bénéficient d'une sécurité du revenu, au moins égal au seuil de pauvreté défini au niveau national, grâce au versement de pensions de vieillesse et d'invalidité.

L'introduction de mesures de protection sociale dans le DSRP1, la reprise de la préoccupation relative à la protection sociale dans le DSRP2, et le plaidoyer effectué par le pays auprès du Système des Nations Unies en vue de promouvoir la protection sociale et mettre en place un socle minimum en la matière traduisent la ferme volonté du Gouvernement à faire de la protection sociale un instrument clé de valorisation et de promotion du capital humain.

Pour améliorer durablement les conditions de vies des populations centrafricaines et lutter plus efficacement contre la pauvreté, la mise en place d'un socle de protection sociale comprenant les garanties énoncées dans la déclaration tripartite de Yaoundé constitue un défi que le Gouvernement entend relever. Compte tenu de la complexité d'une telle entreprise et des ressources limitées le pays adoptera une démarche par palier en y impliquant les populations bénéficiaires, de la base au sommet.

C'est avec cette vision que le Gouvernement de RCA a décidé d'élaborer une politique nationale de protection sociale assortie d'une stratégie de mise en œuvre qui sera un cadre d'opérationnalisation du DSRP2 et constituera un outil-clé pour l'atteinte des OMD. Cette politique nationale de protection sociale s'attachera à concrétiser les valeurs et les principes de la Déclaration universelle des droits de l'homme, de la Constitution centrafricaine, des principes contenus dans les conventions internationales signées et ratifiées par la RCA, notamment celles de l'Organisation internationale du travail (OIT).

### 3.2 Les principes directeurs

La politique nationale de protection sociale est basée sur des principes directeurs conformes aux principes édictés par la Constitution et par les lois pertinentes en la matière. Il s'agit des principes suivants :

- a) *la solidarité nationale* qui veut que, tout en récompensant les différents mérites des uns et des autres, ceux qui ont reçu plus de la nature ou de la collectivité contribuent davantage que les autres au maintien de cette collectivité par le soutien aux moins favorisés. Elle se traduit par la mutualisation des risques sociaux en tenant compte de la capacité contributive de chacun ;
- b) *le dialogue social inclusif* qui permettra la collaboration de tous les partenaires sociaux concernés par la protection sociale et sera un moyen d'étudier, de se concerter, de négocier ensemble les conséquences sociales des choix politiques. Au-delà, il exige une combinaison judicieuse et progressive de tous les mécanismes disponibles, leur union stratégique constituant leur force, dans la mesure où aucun des dispositifs à lui seul ne peut suffire à résoudre les problèmes aussi nombreux et aussi complexes que ceux de la protection sociale.
- c) *l'équité de genre* qui promeut l'égalité des chances et commande la mise en œuvre d'actions adéquates selon le genre afin de garantir une protection sociale équitable en faveur des femmes, des hommes, ainsi que des groupes défavorisés notamment les personnes handicapées, les minorités sociales, les personnes vivant avec le VIH/SIDA et de protéger les enfants.
- d) *la responsabilité individuelle* qui appelle chaque citoyen à se comporter «en bon père de famille», à adopter des mesures individuelles de prévention des risques, à s'engager à contribuer financièrement pour sa propre protection et à respecter les biens collectifs.
- e) *la responsabilité générale de l'Etat* qui veut que l'Etat garantisse le droit à la protection sociale, en contrôle l'effectivité et instaure des devoirs contributifs correspondants;
- f) *la gestion démocratique* qui exige la participation des bénéficiaires dans les organes d'orientation et de suivi des actions afin de permettre l'application d'une politique de protection sociale pour et avec eux.

### 3.3 L'objectif et les orientations stratégiques

#### 3.3.1 L'objectif de la PNPS

La politique nationale de protection sociale est un cadre conceptuel et pratique de toutes les interventions nationales dans le domaine de la protection sociale. Son objectif général est de contribuer au changement qualitatif des conditions de vie des différentes couches sociales par le développement de mécanismes adéquats et pérennes de couverture des risques majeurs et de gestion des chocs et par l'extension de l'assurance sociale à toutes les catégories de travailleurs et l'élargissement de la gamme des prestations à tous les risques sociaux.

### **3.3.2 Les orientations stratégiques**

Le DSRPII ambitionne de promouvoir une croissance forte favorable aux pauvres, aux personnes vulnérables et au développement humain durable. Pour un pays post-conflit comme la RCA, développer le capital humain et les services sociaux essentiels constitue un impératif pour parvenir à une réduction significative de la pauvreté.

Dans cette perspective, la politique nationale de protection sociale constitue une opérationnalisation du DSRPII. En effet, à travers l'instauration et la promotion d'une couverture sociale efficace et étendue à l'ensemble des centrafricains, la PNPS vise non seulement à permettre l'accès des populations et notamment des groupes vulnérables aux services sociaux de base, mais également à mettre en place des mécanismes de sécurité du revenu grâce à l'assistance sociale ou à des transferts sociaux ou encore dans le cadre de régimes d'assurance.

En matière de protection sociale le DSRP prévoit les actions suivantes : (i) la création d'un mécanisme institutionnel et juridique de protection sociale et (ii) la réhabilitation des capacités financières de la Caisse nationale de la sécurité sociale (iii) la formulation et la mise en œuvre d'une politique nationale de protection sociale ; (iv) la mise en place des mécanismes volontaires de sécurité et assurance sociale et de mutualisation de risque pour les travailleurs informels pour assurer une meilleure couverture du système contributif de protection sociale, et (v) le développement et la mise en œuvre des programmes de protection sociale au profit des femmes, des enfants et des autres groupes vulnérables (i.e. programmes HIMO, mutuelles de santé, les transferts sociaux non contributifs et/ou contributifs et autres instruments de réduction de barrières financières d'accès aux services sociaux de base pour les couches vulnérables, etc.).

En considération de ces éléments, il sera adopté pour la présente politique nationale de protection sociale, une stratégie fondée sur le socle de protection sociale. Il s'agira d'étendre progressivement et efficacement la couverture à travers (i) la mise en œuvre d'un ensemble minimum de transferts, de droits et d'éligibilité, donnant accès aux soins de santé essentiels et assurant un revenu suffisant à toutes les personnes qui ont besoin de cette protection, (ii) l'amélioration du niveau de protection sociale pour le plus grand nombre possible de personnes résidant dans le pays, conformément à la Convention 102 de l'OIT.

Ainsi, conformément à ses orientations stratégiques, la politique nationale de protection sociale se fixe les axes stratégiques suivants :

**Axe 01 : Réformer, coordonner et étendre les dispositifs de protection sociale existants**

**Axe 02 : Promouvoir l'accès de tous, notamment des populations pauvres et des groupes vulnérables, aux services sociaux de base**

**Axe 03 : Promouvoir des mécanismes pour garantir une sécurité de l'emploi et un revenu minimal aux populations**

## **Axe 1 : Réformer , coordonner et étendre les dispositifs de protection sociale existants**

L'analyse de la situation de la protection sociale en RCA a permis de relever beaucoup de lacunes au niveau des régimes de sécurité sociale dans le secteur formel. En vue de corriger ces lacunes et d'étendre la protection sociale des travailleurs du secteur formel, l'Etat et les partenaires sociaux s'engagent à :

- a) rattacher tous les agents publics de l'Etat à un même régime et en assurer la gestion de manière autonome.
- b) Assurer le service régulier des prestations dues aux assurés par les régimes de sécurité sociale ;
- c) Rendre opérationnel le régime spécial de sécurité sociale des travailleurs indépendants des professions libérales ;
- d) Mener une étude de faisabilité sur l'instauration d'un régime d'assurance chômage au profit des travailleurs du secteur privé qui perdent temporairement un emploi rémunéré;
- e) Uniformiser les prestations de sécurité sociale pour tous les travailleurs du secteur formel ;
- f) Appuyer la mise en place d'un régime conventionnel d'assurance pension complémentaire en faveur des travailleurs du secteur formel ;
- g) Créer un organe de supervision et de régulation des organismes de sécurité sociale chargé de veiller à l'équilibre et à l'existence pérenne des programmes de protection sociale

## **Axe 2 : Promouvoir l'accès de tous, notamment les populations pauvres et les groupes vulnérables aux services sociaux de base**

En RCA, la couverture sanitaire des populations est promue à travers différents mécanismes sans liens véritables entre eux. Il y a (i) la politique de réduction tarifaire mise en place consécutivement à l'application du principe du recouvrement des coûts, (ii) des mécanismes de subventionnement et de gratuité des soins pour certaines catégories de la population, (iii) des systèmes de prise en charge pratiqués par les entreprises en faveur de leurs travailleurs. Les mécanismes de subventionnement et gratuité excluent les travailleurs indépendants des secteurs informel et agricole, connaissent des difficultés dans leur mise en œuvre tandis que le niveau de la prise en charge octroyée par les entreprises varie d'un employeur à l'autre, certaines entreprises offrent une bonne couverture, et d'autres n'en proposent pas du tout.

En tout état de cause, les ménages constituent les premiers financeurs des soins de santé et pire, ces financements sont effectués sous forme de paiements directs à l'acte. Cette situation a des conséquences graves : (i) l'absence de mutualisation du risque maladie expose les ménages à des dépenses catastrophiques donc à la pauvreté, (ii) les réductions tarifaires ne tiennent pas compte des coûts de production au niveau des formations sanitaires ; de ce fait, elles compromettent dangereusement la continuité des services d'offre de soins.

Par ailleurs, les difficultés du pays à scolariser tous les enfants et à les maintenir dans le système scolaire ont des répercussions négatives sur la santé de la population en termes d'accès à l'information sanitaire et à l'utilisation des services de santé et à l'adoption de comportements favorables à la santé.

En vue d'assurer un accès équitable à la santé et à l'éducation, les mesures suivantes sont envisagées à court, moyen et long terme :

### ***A. En matière d'accès aux services de santé***

#### **Pour les travailleurs du secteur formel**

- a) mettre en place un cadre institutionnel pour la prise en charge sanitaire des agents publics à travers la création de dispositifs appropriés.
- b) mettre en place un système d'assurance maladie pour le secteur privé structuré en application des dispositions du Code de sécurité sociale

#### **Pour les travailleurs des secteurs informel et rural**

Appuyer les organisations de l'économie solidaire (coopératives de producteurs, secteur de la micro finance) à développer des produits de micro assurance santé et des systèmes d'assurance maladie.

### **Pour les indigents et les groupes vulnérables**

- a) Organiser l'accès des indigents et des personnes vulnérables à ces systèmes d'assurance maladie en vue d'éviter leur stigmatisation dans des systèmes spécifiques. La prise en charge des cotisations de ces indigents sera assurée par le budget de l'Etat et ceux des communes à travers un mécanisme adéquat ;
- b) Instituer la gratuité des antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

### **Pour les femmes en âge de procréer**

- a) Instituer la gratuité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- b) Instituer la gratuité de la consultation prénatale.

### **B. En matière d'accès à l'éducation de base**

- a) Instituer la gratuité de l'éducation de base dans le pays ;
- b) Institutionnaliser le système de cantine scolaire et le généraliser.

### **Axe 3 : Promouvoir des mécanismes pour garantir une sécurité de l'emploi et un revenu minimal aux populations**

En RCA, il n'existe pas de mécanismes de sécurité de l'emploi. Les programmes d'octroi de revenu minimum aux personnes vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées ou personnes infectées par le VIH/SIDA) sont rares et très limités. Seuls les travailleurs du secteur formel bénéficient de prestations maternité et famille. Les cash transferts en faveur des enfants vulnérables sont quasi-inexistants.

En vue de garantir une sécurité de l'emploi et un revenu minimum aux personnes vulnérables, l'Etat mettra en œuvre les mesures suivantes :

- a) Organiser un régime d'allocation familiale au profit des enfants issus de familles pauvres selon des critères à définir ;
- b) Organiser un régime de pension sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- c) Elargir et renforcer les programmes HIMO afin de réduire la vulnérabilité des populations les plus pauvres par la garantie d'une sécurité minimale de revenus et en leur favorisant l'accès au marché du travail.
- d) Renforcer les programmes d'appui aux initiatives des jeunes en matière d'auto emploi, des capacités des structures de formation préprofessionnelle et d'apprentissage des jeunes en difficulté ;
- e) Rendre opérationnel le système d'assurance volontaire du régime de sécurité sociale du secteur privé ;
- f) Organiser et appuyer la population dans des activités génératrices de revenus, notamment dans l'entrepreneuriat féminin, dans les coopératives ou d'autres groupements d'intérêt économique, en mettant à disposition les ressources nécessaires par des mécanismes appropriés ;
- g) Promouvoir des objectifs de la prévoyance individuelle et communautaire par des mécanismes d'épargne afin que les populations puissent répondre de manière planifiée et appropriée à leurs besoins prioritaires comme le logement décent, l'éducation des enfants, etc.

## 4. Dispositifs de mise en œuvre

### 4.1 Les principes de base

Le Gouvernement assurera le leadership dans la mise en œuvre de la PNPS mais dans un cadre de concertation avec les autres acteurs du secteur. Ainsi, un accent particulier sera mis sur les principes (i) de proximité, (ii) de complémentarité et de synergie, (iii) de dialogue social inclusif, (iv) de transparence et de bonne gouvernance et (v) de participation.

- a) **Principe de proximité** : ce principe signifie que les organismes gestionnaires ainsi que les interventions relatives à la politique nationale de protection sociale doivent être le plus près possible des bénéficiaires et de leur lieu de résidence.
- b) **Principe de complémentarité et de synergie** : la stratégie vise la combinaison efficiente des différents systèmes existants en établissant des liens formels et organiques ou contractuels entre eux. Il s'agit d'opter pour une approche multiservices depuis l'échelle de base jusqu'à l'échelle nationale. Pour ce faire, L'Etat doit encourager les différents organismes et services à établir des synergies nécessaires par des incitations à la collaboration et par des mesures financières (mesures fiscales, subventions, etc.).
- c) **Principe de dialogue social inclusif** : en vertu de ce principe, l'Etat reconnaît le rôle éminent des partenaires sociaux qui sont les organisations d'employeurs et des travailleurs dans le développement et la gestion de la protection sociale et des régimes professionnels complémentaires dans le secteur formel. C'est ce dialogue social qui contribuera largement à l'extension de la couverture sociale au secteur informel et aux populations rurales.
- d) **Principe de transparence et de bonne gouvernance** : Il convient de mettre en place aux différents niveaux d'intervention, une série de mécanismes garantissant la visibilité et le contrôle des transactions financières afin de sécuriser les ressources publiques et privées mobilisées et donner confiance aux acteurs.
- e) **Le principe de participation** : l'Etat s'engage à déléguer aux acteurs des collectivités locales de la société civile et du secteur privé des missions de service public dans le pilotage, l'exécution, la communication, le suivi-évaluation et à fournir aux acteurs les moyens juridiques, techniques et financiers pour la réussite de cette mission. L'Etat mettra en place des mécanismes pour contrôler la qualité des services, la satisfaction des citoyens, le respect des règles de transparence et de bonne gestion, de participation et le respect de l'équité dans les mutuelles de santé et dans les organismes publics et privés ayant en charge la gestion des systèmes de protection sociale.

### 4.2 Les cadres institutionnel et organisationnel du pilotage de la mise en œuvre

L'implication de plusieurs acteurs ayant leurs propres préoccupations et objectifs dans la mise en œuvre de la Politique nationale de protection sociale nécessite de

définir le cadre organisationnel, le dispositif de suivi évaluation, ainsi que les modalités de financement de sa mise en œuvre.

La PNPS doit être traduite en programmes opérationnels constituant le guide des démarches et interventions concrètes à promouvoir pour mettre en œuvre les stratégies définies. Cependant les questions de protection sociale étant transversales, la mise en œuvre de la PNPS implique tous les intervenants des divers domaines connexes. Ainsi, la traduction de la PNPS en actes opérationnels se fera à travers un Plan d'actions opérationnel (PAO) qui sera formulé sur la base d'un processus participatif impliquant l'ensemble de ces intervenants. Une telle démarche permet d'accroître la synergie d'actions, de fédérer les énergies et d'utiliser efficacement les ressources disponibles au niveau national pour la mise en œuvre du plan d'action.

Pour ce faire, le PAO doit définir non seulement les activités et les résultats opérationnels, les indicateurs de suivi et évaluation, le chronogramme, les besoins et les moyens de sa mise en œuvre, mais également, de façon très précise, le rôle et les fonctions des structures et des acteurs dans le processus de mise en œuvre.

Contrairement à la PNPS qui a vocation à durer et à bénéficier d'une certaine pérennité, le Plan d'action opérationnel doit être évolutif pour s'adapter et s'enrichir au fur et à mesure de l'évolution des connaissances, de l'accumulation des acquis et de l'expérience en matière de protection sociale. Le Plan d'action opérationnel s'inscrit donc dans une durée déterminée, au terme de laquelle il doit être évalué et révisé en fonction des conditions et des impératifs du moment, conformément aux options et à la durée retenue par l'ensemble des intervenants.

Par ailleurs, pour sa mise en œuvre, la PNPS a besoin d'avoir une force exécutoire et toute l'autorité nécessaire pour être prise au sérieux par l'ensemble des acteurs. Pour ce faire, elle doit être adoptée par le Gouvernement et les partenaires sociaux, conformément aux dispositions prévues en la matière.

Les domaines de la protection sociale étant transversaux, de nombreux acteurs provenant des structures et des différents départements ministériels interviennent dans la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale.

Pour la coordination de la PNPS, le Gouvernement créera un Conseil supérieur de la protection sociale (CSPS). Ce conseil, organe d'orientation et de pilotage en matière de protection sociale, sera une structure tripartite élargie aux ministères techniques et aux organisations de la société civile intervenant dans le domaine. Le CSPS, en tant que cadre de dialogue sectoriel national, assure le lien entre le dispositif de mise en œuvre de la PNPS et celui du DSRP, pour une meilleure coordination de la Politique nationale de protection sociale et des autres politiques sectorielles.

Pour assurer une coordination efficace de la mise en œuvre de la PNPS, le Conseil supérieur de la protection sociale doit s'appuyer sur l'ensemble des commissions techniques spécialisées en matière de protection sociale I. Il s'agit notamment de l'Unité de gestion opérationnelle du PAO, du Conseil national permanent du travail I et des autres cadres de dialogue social, pour une meilleure implication de tous les acteurs.

Chaque commission technique spécialisée en matière de protection sociale doit rendre compte au Conseil supérieur de la protection sociale à travers un rapport

périodique sur l'état de mise en œuvre des actions prioritaires de la politique relevant de ses domaines de compétence. Ainsi, selon son domaine de compétence, chaque commission technique spécialisée doit veiller à la bonne exécution des actions prioritaires par les acteurs de terrain. Pour ce faire, il doit servir de courroie de transmission entre les acteurs de terrain et le Conseil supérieur de la protection sociale afin d'assurer une meilleure appropriation du processus et une bonne circulation de l'information.

Le Ministère en charge de la protection sociale, en tant que département appelé à répondre au nom du Gouvernement des engagements nationaux en matière de sécurité sociale, est au premier plan de la mise en œuvre de la Politique nationale de protection sociale. Il coordonne les actions et programmes initiés au titre de la PNPS. Il est soutenu par les autres départements ministériels. Ainsi, la mise en place d'une Unité de gestion opérationnelle du PAO (UGOP) composée des cadres du département ministériel s'avère nécessaire. L'UGOP est la pièce maîtresse du dispositif institutionnel et le chef orchestre du processus de mise en œuvre du PAO. En effet, elle est responsable des activités d'animation, d'organisation, de suivi permanent et d'évaluation de la mise en œuvre du PAO.

Outre, sa liaison verticale avec le Conseil supérieur de la protection sociale en tant que commission technique, l'Unité de gestion opérationnelle du PAO doit assurer une relation horizontale avec les autres organes techniques afin de jouer pleinement le rôle de répondant permanent dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'actions opérationnel, ainsi que de rendre compte régulièrement au Ministre en charge de la protection sociale, des avancées et des difficultés éventuelles rencontrées par les acteurs sur le terrain.

#### **4.3 Les instruments de mise en œuvre de la PNPS**

Pour une mise en œuvre adéquate de la politique nationale de protection sociale, le Gouvernement engagera des études de faisabilité et des travaux de réforme du cadre juridique, de mise en place des structures rénovées si nécessaire, et de confection d'un plan d'action opérationnel de cette politique.

En outre, le Gouvernement privilégiera l'approche système à travers la mise en cohérence des programmes de protection sociale avec ceux des autres politiques sectorielles (emploi, santé, éducation, etc.).

Les principes directeurs identifiés pour la gestion de la protection sociale guideront toutes les autres actions entreprises dans la mise en œuvre. Dans ce cadre, l'Etat et ses partenaires mèneront les actions suivantes:

- a) réformer le cadre juridique existant en vue de le rendre plus propice à la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale;
- b) améliorer le suivi évaluation des programmes de protection sociale à travers la conduite d'évaluations indépendantes et la mise en place de mécanismes de suivi systématique ;
- c) mettre en place des mécanismes harmonisés de ciblage des indigents en se mettant d'accord sur les principes généraux d'identification, en définissant des

critères claires d'éligibilité et travaillant à la mise en place d'un système d'information unique ;

- d) poursuivre la réhabilitation et le renforcement des services sociaux de base notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation ;
- e) organiser des campagnes d'information, d'éducation et de communication sur la protection sociale au profit des travailleurs de l'économie informelle et du milieu rural en vue de promouvoir et de soutenir les politiques d'extension de la couverture sociale;
- f) favoriser un cadre de collaboration entre les systèmes d'assurance maladie mis en place, les fournisseurs des services tels que les centres de santé, les hôpitaux, les pharmacies, les institutions opérationnelles de sécurité sociale, les sociétés d'assurance privées, ainsi que les caisses coopératives d'épargne et de crédit mutuel;
- g) renforcer les capacités (formation, sensibilisation, voyages d'étude) des acteurs impliqués afin d'accroître la compréhension du concept de protection sociale et de celui du socle de protection sociale ;
- h) renforcer les capacités des structures coopératives dans le domaine de la protection sociale ;
- i) octroyer des subventions publiques et autres facilités aux institutions contribuant à la mise en œuvre de la protection sociale santé;
- j) favoriser la complémentarité et les synergies nécessaires entre les divers acteurs engagés dans la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale;
- k) renforcer un dispositif régulier de contrôle et d'audit interne et externe des organismes formels de protection sociale et autres organismes de protection sociale;
- l) inciter les bénéficiaires de la couverture sociale à exercer un contrôle citoyen aussi bien de la performance des organismes gestionnaires que des prestations servies ;
- m) renforcer le cadre financier à travers une rationalisation des coûts et une réallocation des dépenses publiques en rendant ces dernières plus favorables aux pauvres ;
- n) L'Etat favorisera davantage, enfin, la stratégie de bonne gouvernance, de dialogue social et de communication en mettant en place des cadres formels et réellement opérationnels de concertation avec les divers intervenants dans la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale.

#### 4.4 Le financement

Le financement nécessaire à la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale repose essentiellement sur le budget de l'Etat et celles des collectivités territoriales, à travers la dotation des différents départements ministériels et institutions concernés. Ainsi, pour assurer un niveau de financement satisfaisant de la PNPS un Cadre de dépense à moyen terme (CDMT) du secteur de la protection sociale doit être élaboré pour donner plus de visibilité aux actions et activités envisagées dans ledit secteur dans le moyen terme afin de permettre une meilleure prise en compte de ces activités dans le processus budgétaire national.

Outre les ressources publiques, les contributions des ONG/Associations ainsi que celles du secteur privé sont attendues. Par ailleurs, d'autres sources de financement proviendront des cotisations salariales et patronales y compris l'Etat-employeur ainsi que les placements mobiliers et immobiliers.

Les partenaires techniques et financiers seront également sollicités dans le cadre de la coopération bilatérale, multilatérale et décentralisée. Des stratégies seront développées auprès des partenaires en vue de mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre des programmes.

Une attention particulière sera portée sur la gestion efficiente et transparente des ressources mobilisées. Aussi, est-il prévu des outils de gestion et de contrôle efficaces des ressources (instauration obligatoire des audits comptables périodiques).

#### 4.5 L'analyse des risques

Le succès de la politique nationale de protection sociale peut être considérablement entravé par des facteurs externes au processus et au dispositif de sa mise en œuvre. Cinq facteurs de risques majeurs peuvent être identifiés.

**L'instabilité politique** : l'évolution favorable de la couverture sociale est fortement tributaire de la qualité du cadre juridique et institutionnel national en matière de protection sociale, de dialogue social, de la capacité de l'administration du travail, du niveau d'organisation des structures de l'économie solidaire. Pourtant, toute situation d'instabilité politique freine l'évolution positive du cadre juridique et institutionnel national, du dialogue social, ainsi que la capacité des administrations publiques et celle des acteurs de la société civile. Ainsi, en cas d'instabilité politique, il serait indiqué de réorienter la stratégie vers la préservation des acquis en matière de protection sociale.

**L'insécurité** : En situation d'insécurité, il sera difficile de mettre en œuvre, dans les zones affectées, les mesures de protection sociale identifiées dans le présent document de politique. Cela constitue un risque majeur pour le succès de la PNPS et dans ce cas il conviendra d'entreprendre des actions fortes de sécurisation tout en maintenant les services sociaux de base.

**La récession économique** : En période de récession économique, les mesures visant à améliorer la couverture sociale sont le plus souvent léguées au dernier plan des préoccupations des employeurs, des travailleurs et même des Etats. Ainsi, la

survenance d'une crise économique sur une période relativement longue est un facteur de risque important pour le succès de la PNPS.

***L'insuffisance de l'engagement politique*** : Ce risque se traduit par une absence de mobilisation pour la promotion de la protection sociale au niveau des plus hautes autorités de la RCA. La survenance d'un tel risque vide la PNPS de sa force exécutoire et de son autorité, entrave le bon fonctionnement des organes en charge de la protection sociale et du dispositif institutionnel de la politique et favorise le désengagement des autres ministères techniques concernés et des partenaires sociaux. Lorsqu'un tel risque survient, la priorité sera accordée à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une stratégie de plaidoyer et de mobilisation des acteurs politiques (les pouvoirs législatif, exécutif et judiciaire).

***Les contraintes budgétaires*** : Le budget de l'Etat reste la principale source de financement de la PNPS. Ainsi, les contraintes budgétaires au niveau national peuvent affecter le volume des ressources à consacrer à la mise en œuvre du Plan d'actions opérationnel, mais également les capacités des institutions publiques chargées des questions de protection sociale. En cas d'insuffisance aiguë des ressources financières allouées à la mise en œuvre de la politique, il serait nécessaire que l'organe de pilotage arrête, au regard de la situation financière, une série d'actions prioritaires pouvant être mises en œuvre au cours de l'année concernée afin de garantir la cohérence et la synergie d'actions.

#### **4.6 Le suivi-évaluation**

Au plan institutionnel, le système de suivi et d'évaluation repose sur l'ensemble du réseau du Ministère de la fonction publique, du travail et de la prévoyance sociale, des autres ministères techniques, des partenaires sociaux et des autres intervenants, conformément aux principes de tripartisme et de dialogue social. Autrement dit, le système de suivi et d'évaluation s'appuie sur le dispositif institutionnel présenté plus haut.

Le mécanisme de suivi et évaluation comportera d'une part, une composante technique de suivi, prise en charge au plan interne par l'Unité de gestion opérationnelle de la PNPS et d'autre part, une composante technique d'évaluation qui sera exécutée par une structure externe compétente. La composante technique du suivi qui se veut permanente, comporte (i) le contrôle des dépenses et le suivi de l'exécution financière des programmes, (ii) le suivi d'exécution technique des programmes à l'aide d'indicateurs de produits, (iii) le suivi des effets des programmes. La composante technique d'évaluation qui doit être périodique appréhende les impacts des programmes.

Au plan statistique, le dispositif de suivi et évaluation repose sur le système statistique du ministère en charge de la protection sociale, des autres ministères techniques, ainsi que le système statistique national. A ce titre, les questions relatives à la protection sociale seront prises en compte dans les enquêtes nationales en vue de permettre un meilleur suivi et évaluation de la Politique nationale de protection sociale.

Concernant les indicateurs d'effets et d'impacts des programmes, le principe d'un suivi-évaluation au troisième degré sera retenu. Une série d'indicateurs et de résultats escomptés sera élaborée. Le choix de chaque indicateur tiendra compte de

sa capacité à mesurer de façon directe les progrès accomplis à court terme et la capacité du système statistique national à fournir les données permettant une bonne mesure.