



# *Stratégie Nationale de Protection Sociale*

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union - Discipline - Travail



## DOCUMENT DE STRATEGIE

Mars 2013

## Table des matières

Sigles et acronymes	ii
Introduction	1
1 Diagnostic et priorités	4
1.1 Conceptualisation de la protection sociale	4
1.2 Profil des risques et vulnérabilités	6
1.3 Priorités de renforcement de la protection sociale	14
2 Fondement, principes, vision, objectifs et axes stratégiques	18
2.1 Fondement	18
2.2 Vision	19
2.3 Principes directeurs	19
2.4 Objectifs	21
2.5 Axes et orientations stratégiques	22
3 Axe 1 : Amélioration du niveau de vie des plus pauvres	26
3.1 Travaux à Haute Intensité de Main d'Œuvre (THIMO)	26
3.2 Transferts sociaux aux personnes ou ménages en situation de haute vulnérabilité	29
3.3 Accompagnement social des personnes vulnérables vers des opportunités d'autonomisation	30
4 Axe 2 : Amélioration de l'accès aux services sociaux de base et de l'investissement dans le capital humain	32
4.1 Mesures d'amélioration de la scolarisation, du statut nutritionnel et de réduction de la déperdition scolaire	32
4.2 Exemption ciblée du paiement des actes médicaux dans les établissements sanitaires	35
4.3 Mesures d'amélioration de l'accès des pauvres à l'eau et à l'assainissement	37
5 Axe 3 : Accompagnement des groupes vulnérables dans la prévention et la réponse aux risques d'abus, violences, exploitation, discrimination et exclusion	39
5.1 Mesures d'action sociale de base : prévention des risques et promotion de l'inclusion sociale	40
5.2 Mesures de protection spécialisée : prise en charge et promotion	42
5.3 Renforcement du cadre juridique et institutionnel de l'action sociale	44
6 Axe 4 : Atteinte progressive de niveaux plus élevés de protection sociale	47
6.1 Consolidation des systèmes de sécurité sociale dans le secteur formel	47
6.2 Extension de la sécurité sociale au secteur informel	49
6.3 Mise en place et développement de la Couverture Maladie Universelle (CMU)	49
7 Mise en œuvre de la Stratégie	52
7.1 Coordination	52
7.2 Développement institutionnel et renforcement des capacités	54
7.3 Mesures complémentaires	56
7.4 Planification, suivi et évaluation	58
7.5 Financement	58

## **Sigles et acronymes**

AGEFOP	Agence Nationale de la Formation Professionnelle
AGEPE	Agence d'Etudes et de Promotion de l'Emploi
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AIRMS	Agence Ivoirienne de Régulation de la Mutualité Sociale
AISS	Association Internationale de la Sécurité Sociale
AMU	Assurance Maladie Universelle
ANADER	Agence Nationale de Développement Rural
ARV	Antirétroviral
BIT	Bureau International du Travail
CDE	Convention relative aux Droits de l'Enfant
CEDEF	Convention relative à l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'Égard des Femmes
CEPE	Certificat d'Etudes Primaires et Élémentaires
CGRAE	Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat
CIPS	Comité Interministériel de la Protection Sociale
CM	Cours Moyens, de l'enseignement primaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
COGES	Comité(s) de gestion (des écoles)
CP1	Première année des Cours Préparatoires, de l'enseignement primaire
CPCMU	Comité de Pilotage de la CMU
CPN	Consultation Prénatale
DMOSS	Direction de la Mutualité et des Œuvres Sociales en milieu Scolaire
DPS	Direction de la Protection Sociale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIS	Enquête sur les Indicateurs du SIDA
ENV	Enquête sur le Niveau de Vie des ménages
ESCOM	Etablissement Sanitaire Communautaire
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
HIMO	Haute Intensité de Main d'Œuvre
HVA	Hydraulique Villageoise Améliorée
IFM2S	Institut de Formation aux Métiers de la Sécurité Sociale
IMF	Institution(s) de Micro-Finance
INFS	Institut National de Formation Sociale
IRA	Infections Respiratoires Aiguës

## ***Stratégie Nationale de Protection Sociale***

IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MEMEASFP	Ministère d'Etat Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle
MENET	Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples)
MSFFE	Ministère de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et de l'Enfant
MSLS	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA
MUGEFCI	Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OGD	Organisme de Gestion Déléguée
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation(s) non-gouvernementale(s)
OPM	Oxford Policy Management
ORSEC	Organisation des secours
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAM	Régime d'Assistance Médicale
RGB	Régime Général de Base (de la CMU)
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNCS	Service National des Cantines Scolaires
SNPS	Stratégie Nationale de Protection Sociale
SODECI	Société de Distribution d'Eau de la Côte d'Ivoire
SPS	Socle de Protection Sociale
STP	Secrétariat Technique Permanent
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces)
THIMO	Travaux à Haute Intensité de Main d'Œuvre
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine / Syndrome d'Immunodéficience Acquise

## **Introduction**

**Les populations de la Côte d'Ivoire ont subi de plein fouet l'impact des chocs économiques et politiques successifs qui ont secoué le pays pendant environ trois décennies.** Déjà avant la crise postélectorale de 2010-2011, l'incidence de la pauvreté avait déjà augmenté, passant de 10% en 1985 à 49% en 2008, selon l'Institut National de la Statistique.

Bien que la situation se soit stabilisée depuis la fin de la crise, permettant le retour progressif des populations déplacées à leurs lieux d'origine et une reprise des activités économiques, une large partie de la population se trouve toujours dans une situation de vulnérabilité aiguë, sans moyens à court terme de s'en sortir ou de faire face à de nouveaux chocs ou aux aléas de la vie.

**En outre, les crises ont accéléré l'affaiblissement des mécanismes traditionnels d'entraide informelle sans qu'un système de protection sociale moderne et à large couverture ne prenne la relève.** Les programmes existants s'appliquent principalement à la petite minorité de la population exerçant dans le secteur formel de l'économie (dans le cas de l'assurance sociale) ou sont ad hoc, éparés et non intégrés (dans le cas de la protection sociale non contributive).

**La présente Stratégie prétend ériger progressivement un système plus complet et plus efficace de protection sociale, tout en priorisant des mesures et programmes qui réduisent la vulnérabilité des couches les plus pauvres et à plus haut risque.** Elle encadre ainsi les efforts des pouvoirs publics pour réduire la précarité des populations les plus vulnérables, notamment par le renforcement de leurs capacités, et pour leur permettre de mieux gérer les risques sans recourir à des mécanismes néfastes d'adaptation.

La protection sociale ne peut pas toute seule accomplir ces objectifs. Elle accompagne les politiques de promotion de la croissance, de l'emploi, de la fiscalité, de protection environnementale et de promotion de la paix et de la bonne gouvernance. En effet, le Gouvernement de Côte d'Ivoire reconnaît que les dispositifs de protection sociale devraient jouer un rôle crucial dans l'autonomisation des couches les plus pauvres de la population, le renforcement de la capacité des ménages à gérer les risques sociaux, le développement du capital humain, la redistribution des fruits de la croissance, le renforcement de la cohésion sociale et la consolidation de la paix. De ce fait, un cercle vertueux de développement économique et social pourrait s'enclencher.

**Compte tenu de la nature pluridimensionnelle de la vulnérabilité et des risques, la Stratégie est transversale,** impliquant plusieurs secteurs et de nombreux acteurs étatiques et privés, et intégrant une diversité de mécanismes de protection sociale. Elle définit un cadre de référence qui permettra d'orienter les programmes et mesures de protection sociale de manière holistique, systémique, efficace et efficiente.

**Par l'adoption de cette Stratégie, le Gouvernement de Côte d'Ivoire s'inscrit dans les grandes orientations adoptées au niveau international par les Nations Unies et au niveau régional par l'Union Africaine.** En avril 2009, le Système des Nations Unies a proposé un « socle de protection sociale » comme une des composantes de la réponse à la crise mondiale et a demandé à chaque pays de définir son propre socle pour assurer une sécurité élémentaire du revenu des couches les plus vulnérables et pour assurer l'accès des

populations aux services essentiels.<sup>1</sup> Cette approche a été adoptée, en juin 2012, comme nouvelle «norme» (recommandation n° 202 sur les socles de protection sociale) par la Conférence internationale du Travail, représentant les 183 États-membres de l'OIT, dont la Côte d'Ivoire.

Pour sa part, l'Union Africaine a adopté, en octobre 2008, le «Cadre de Politique Sociale Africaine» qui note l'émergence d'un consensus en faveur d'un «ensemble minimum de la protection sociale essentielle» et affirme que «la protection sociale doit constituer une obligation de l'État» avec des dispositions y afférentes dans la législation nationale, les plans de développement national et les documents de stratégie de réduction de la pauvreté.

Conformément à l'approche bidimensionnelle préconisée par l'Organisation Internationale du Travail<sup>2</sup>, la Stratégie inclut, d'un côté, un «socle» de mesures de base prioritaires, de nature non contributive, pour la protection sociale des couches les plus vulnérables et la protection contre les risques les plus graves et, de l'autre côté, des mesures complémentaires de renforcement et d'extension de la protection sociale contributive en vue de mettre en place progressivement des niveaux plus élevés de protection sociale en accord avec les priorités, les ressources et la situation du pays.

**L'élaboration de cette Stratégie Nationale de Protection Sociale découle d'un processus de dialogue national, de recherche, d'analyse d'options politiques et de concertation, impliquant tous les acteurs concernés.** Des études approfondies sur l'état actuel de la protection sociale et les perspectives et options de renforcement de la protection sociale ont été réalisées en 2011.<sup>3</sup> Un groupe de travail interministériel a été établi ensuite pour orienter et suivre les travaux conduisant à l'élaboration de la Stratégie, à travers l'organisation d'une série d'ateliers et de réunions de travail. A la suite de la définition des priorités, des objectifs et des axes de la Stratégie en juillet 2012, des groupes thématiques ont travaillé sur le contenu des différents axes de juillet à octobre 2012. Des consultations au niveau local ont eu lieu en septembre 2012. Le texte final de la Stratégie a été présenté, discuté et validé lors d'un atelier national réunissant tous les ministères concernés, des représentants de la société civile et des partenaires techniques et financiers (PTF) en mars 2013. Tout au long du processus, les travaux ont été appuyés sur le plan technique par des experts du cabinet Oxford Policy Management (OPM).

**A la suite de cette introduction, le présent document est structuré en sept chapitres à savoir :**

1. Diagnostic et priorités
2. Fondement, principes, vision, objectifs et axes stratégiques
3. Axe 1 : Amélioration du niveau de vie des plus pauvres

---

<sup>1</sup> Nations Unies, *The global financial crisis and its impact on the work of the UN system*, UN System Chief Executive Board for Coordination, avril 2009.

<sup>2</sup> *La Sécurité Sociale pour Tous : La Stratégie de l'Organisation Internationale du Travail*, Résolution et conclusions concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale), adoptées lors de la 100<sup>ième</sup> session de la Conférence Internationale du Travail, 2011

<sup>3</sup> *Cadre de Développement de la Stratégie Nationale de Protection Sociale en Côte d'Ivoire*, Tome 1 : « Etat des lieux, défis et perspectives de renforcement de la protection sociale » ; Tome 2 : « Une première analyse du rôle, de l'impact, des coûts et de la faisabilité de diverses options de programmes de transferts sociaux monétaires ». Rapports d'Oxford Policy Management pour le Ministère d'Etat Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Solidarité, Abidjan, janvier 2012.

## ***Stratégie Nationale de Protection Sociale***

4. Axe 2 : Amélioration de l'accès aux services sociaux de base et de l'investissement dans le capital humain
5. Axes 3 : Accompagnement des groupes vulnérables dans la prévention et la réponse aux risques d'abus, violences, exploitation, discrimination et exclusion
6. Axe 4 : Atteinte progressive de niveaux plus élevés de protection sociale
7. Mise en œuvre de la Stratégie

Des plans d'actions pluriannuels et budgétisés seront élaborés pour la mise en œuvre de cette Stratégie. La Stratégie elle-même sera revue après l'évaluation de la première phase d'opérationnalisation.

# 1 Diagnostic et priorités

## 1.1 Conceptualisation de la protection sociale

Cette Stratégie définit la protection sociale comme l'ensemble des mesures publiques et privées (ayant une mission d'intérêt public) qui visent à réduire la vulnérabilité des populations aux risques et à l'impact des chocs, à éviter l'emploi de stratégies d'adaptation néfastes et à garantir des niveaux minima de dignité humaine.

### Risques, vulnérabilité et capacité

Les notions de risque, vulnérabilité et capacité sous-tendent l'idée de la protection sociale.

Le **risque** se définit d'une manière générale comme un événement futur incertain (de probabilité plus ou moins élevée) qui, lorsqu'il se produit, est nuisible au bien-être et aux droits des individus et se manifeste comme un « choc ». Le risque peut être « idiosyncratique » lorsqu'il s'agit de la probabilité de survenance d'un choc qui touche un seul ménage ou individu, indépendamment des autres (par exemple une maladie ou la perte d'un emploi). Il peut aussi être « covariant », touchant l'ensemble d'une communauté, d'une région ou d'un pays, notamment lorsqu'il s'agit de chocs d'origine économique, climatique ou politique.

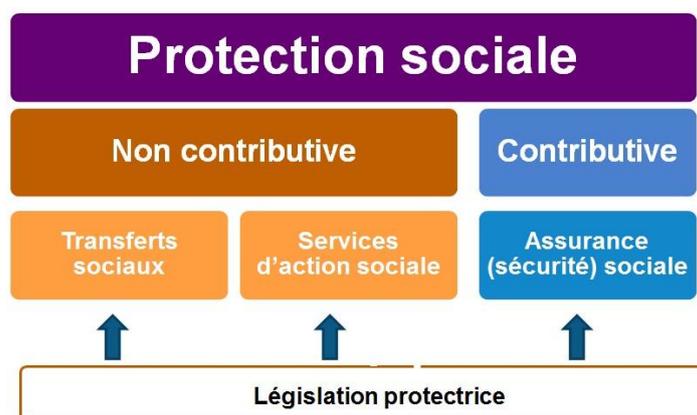
La **vulnérabilité** est l'incapacité plus ou moins grande d'un individu, d'un ménage ou d'une couche de la population à faire face à un risque. La nature et le degré de vulnérabilité dépendent des types de risques ainsi que des capacités des ménages et des individus, qui peuvent varier sur plusieurs dimensions : le statut économique du ménage (revenus, actifs, épargne, etc.), la résidence géographique (proximité des services publics et des marchés, et vulnérabilité aux risques climatiques), le genre, les étapes du cycle de la vie (les enfants et les personnes âgées ayant des vulnérabilités spécifiques à leurs niveaux respectifs d'immaturation et d'invalidité), le niveau d'instruction et de connaissance, les maladies chroniques, les handicaps, etc..

L'importance de la notion de **capacité** (l'inverse ici de vulnérabilité) est mise en relief dans les approches soutenues par cette Stratégie, qui vont au-delà de la simple notion de « protection », de « prise en charge » ou (dans le cas de l'assurance sociale) de partage et de lissage des risques. Ces approches mettent un accent fort sur la prévention et sur la « promotion », c'est-à-dire le renforcement des capacités des ménages et individus les plus vulnérables dans une perspective d'autonomisation et de construction de leur résilience aux risques afin qu'ils puissent progressivement se prendre en charge et sortir de leur situation de vulnérabilité sur une base durable. Il s'agit notamment de la promotion des revenus et de la capacité productive des plus pauvres, ainsi que de la promotion de leur investissement dans le capital humain (notamment des enfants) dans une perspective de rupture du cycle de pauvreté intergénérationnelle.

### Instruments de la protection sociale

Les **systèmes de protection sociale comprennent plusieurs composantes**, dont l'assurance sociale (la branche contributive de la protection sociale), les transferts sociaux et les services d'action sociale (la branche non contributive) et la législation protectrice (voir la Figure 1.1).

Figure 1.1 Composantes de la protection sociale



### Assurance sociale

**L'assurance sociale est de nature contributive et est souvent liée à l'emploi**, à travers le paiement de cotisations par les employés et/ou leurs employeurs, bien qu'elle puisse aussi prendre la forme de systèmes nationaux d'assurance plus larges, souvent subventionnés par l'Etat, notamment dans le cas de l'assurance maladie. Ces systèmes permettent de protéger les personnes contre les risques et les vicissitudes de la vie et prennent généralement la forme de mécanismes de partage et lissage des risques, avec des dérogations potentielles de paiement ou de subventionnement des primes pour les pauvres.

### Transferts sociaux

**Les transferts sociaux, aussi connus comme l'assistance sociale ou l'aide sociale, sont des régimes non contributifs.** Ils incluent des transferts sociaux octroyés directement aux ménages ou individus (en espèces ou en nature), soit sans contrepartie soit contre des obligations de travail ou des conditionnalités concernant l'utilisation des services sociaux de base dans une optique de renforcement du capital humain. Il y a aussi des transferts implicites ou indirects sous forme de subventions à la consommation et de mesures de gratuité dans les secteurs sociaux. Selon les cas, ces transferts visent à réduire la pauvreté et la vulnérabilité, à accroître l'accès aux services sociaux de base et/ou à assurer un minimum de bien-être économique.

### Services d'action sociale

**Cette branche «non monétaire» de la protection sociale englobe une large gamme de programmes de prévention et de réponse à des risques spécifiques de nature aiguë.** Incluant des campagnes de sensibilisation, des actions d'appui psychosocial, des programmes de support aux familles et d'autres types d'intervention, ces programmes visent à apporter une réponse aux risques de violences, d'abus, d'exploitation, de discrimination et d'exclusion. Ces risques sont essentiellement de caractère social ou culturel tels que les violences domestiques, les abus à l'encontre des enfants, etc., mais quelquefois ont des origines de nature économique (dans le cas notamment de la traite et du travail des enfants). Les travailleurs sociaux, qui sont des points de contact privilégiés avec les personnes en situation de vulnérabilité sévère, les aident aussi, par des mesures d'information et de référencement, à avoir accès aux autres services dont ils ont besoin.

### Législation protectrice

La codification des droits sociaux est la base indispensable de tout système de protection sociale. Le droit des personnes à la protection contre les risques doit faire l'objet d'une législation appropriée, et il faut des mécanismes pour assurer l'application effective de ce

cadre juridique protecteur. La législation protectrice s'attaque aussi aux déséquilibres des pouvoirs qui créent ou maintiennent la vulnérabilité de personnes ou groupes marginalisés, notamment par des mesures antidiscriminatoires.

## **1.2 Profil des risques et vulnérabilités**

**Le point de départ pour l'élaboration de la Stratégie Nationale de Protection Sociale a été une étude de diagnostic réalisée en 2011**, intitulée «Etat des Lieux, Défis et Perspectives de Renforcement de la Protection Sociale». A partir d'une analyse des différentes dimensions de vulnérabilité et des divers risques auxquels la population de Côte d'Ivoire fait face, l'étude a examiné la pertinence et l'efficacité des programmes et mesures de protection sociale actuellement en vigueur en Côte d'Ivoire, ainsi que l'adéquation du cadre politique, institutionnel et de financement de la protection sociale.

### **Les principaux risques**

Parmi les risques les plus graves auxquels fait face la population figurent la baisse des revenus, l'insécurité alimentaire, la mortalité, la malnutrition, la maladie et le manque d'accès aux services sanitaires, à l'eau et à l'assainissement, la non scolarisation (et l'abandon scolaire précoce), et les violences, abus et situations d'exploitation.

**Les risques de baisse de revenu et d'insécurité alimentaire sont amplifiés par les grands chocs covariants.** Frappée par des crises économiques et politiques depuis les années 80, la Côte d'Ivoire est depuis 2011 en cours de reconstruction et de relance économique. Cependant, ce processus reste fragile et le pays pourrait aussi être affecté par l'évolution de la crise économique mondiale, qui entre depuis fin 2011 dans une nouvelle phase d'incertitude et de ralentissement de la croissance mondiale. Ces chocs peuvent se traduire par la réduction des recettes des cultures de rente des petits producteurs agricoles (cacao, café et coton), par la réduction des transferts privés en provenance de l'extérieur et par les impacts indirects d'une diminution des flux d'aide au développement. Les chocs climatiques (inondations et sécheresses), liés en partie à un processus séculaire de réchauffement mondial, risquent aussi de diminuer les récoltes, notamment dans les zones arides des savanes, où l'insécurité alimentaire est élevée pendant la période de soudure. Une partie importante des non-pauvres se trouvent proches du seuil de pauvreté et présentent le risque de basculer dans la pauvreté en cas de nouveaux chocs.

**Le chômage et le sous-emploi se généralisent de plus en plus, accentuant la vulnérabilité, notamment de ceux exerçant dans le secteur informel.** Le taux de chômage est passé de 8,9% en 1998 à 13,1% en 2002 et à 15,7% en 2008, avec un taux cinq fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural, et touchant surtout les jeunes (24,2% chez les jeunes de 15-24 ans), selon des données présentées dans la Politique Nationale de l'Emploi. Le sous-emploi est encore plus répandu (23,8% de la population occupée en 2006), reflétant la nature précaire des emplois dans le secteur informel, où l'écrasante majorité des personnes économiquement actives est occupée, principalement sous forme d'auto-emploi. La part de l'emploi formel, public et privé, est en baisse tendancielle depuis plus de 30 ans et a représenté à peine 5,7% des emplois dans la décennie 2000. La masse de la population économiquement active dépend essentiellement de l'agriculture traditionnelle de faible productivité et du petit commerce où la saturation du marché conduit à la compression des revenus surtout des femmes en milieu urbain. Cette population évolue ainsi dans un marché non réglementé (par le Code du Travail) et privée de toute protection sociale.

**Le risque de mortalité reste élevé, notamment pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes**, malgré des tendances à la baisse qui restent loin d'être suffisantes pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en ses points 4 et 5. Selon les résultats préliminaires de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) III de 2011-2012, le taux de mortalité infanto-juvénile s'est réduit à 108 décès pour 1000 naissances vivantes (en moyenne pour la période 2007-2012). Bien que ce taux se situe légèrement en dessous de la moyenne d'Afrique subsaharienne (121 en 2010 selon l'UNICEF), il reste très inquiétant que plus d'un enfant sur dix n'atteigne pas l'âge de 5 ans. La mortalité maternelle est de 543 décès pour 100 000 naissances vivantes, selon l'EIS de 2005 ; ce qui signifie que toutes les trois heures on déplore deux décès maternels.

**En outre, le risque de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans met en danger leur survie et leur développement.** Dans l'ensemble, 28% des enfants souffrent de malnutrition chronique (retard de croissance) et 11,5% de sa forme sévère, selon les données préliminaires de l'EDS III. Une proportion très élevée d'enfants de moins de 5 ans (75%) et de femmes (54%) souffre d'anémie.

**Les risques sanitaires, qui sont aggravés par la malnutrition et les conditions de vie insalubres (surtout la mauvaise qualité de l'eau et les faiblesses d'assainissement), sous-tendent les risques de mortalité des enfants de moins de cinq ans.** Le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) et les maladies diarrhéiques constituent les plus grands risques pour les enfants de cette tranche d'âge. Les taux d'utilisation des services sanitaires sont faibles, même si l'EDS III en 2011-2012 a montré une amélioration, vraisemblablement due à la politique de gratuité des services sanitaires pour les enfants de moins de 5 ans, par rapport aux données de l'enquête MICS menées en 2006, lorsque ces services étaient payants. Néanmoins, en 2011-2012, un traitement médical n'a été recherché auprès des services de santé que pour 38% des enfants de moins de 5 ans avec des symptômes d'IRA et 34% de ceux avec la fièvre.

**Les risques de santé reproductive sont amplifiés par la fécondité précoce et à intervalles courts, la malnutrition maternelle et le faible accès aux services de santé maternelle.** La proportion d'accouchements assistés par un prestataire formé n'a guère changé entre 2006 (57%) et 2011-2012 (59%).

**La non-scolarisation et l'abandon scolaire précoce** sont des risques sérieux pour les enfants, surtout dans les ménages pauvres, ayant comme conséquence des niveaux faibles de développement du capital humain. L'enquête MICS de 2006 a révélé que 30% des enfants d'âge scolaire ne sont jamais allés à l'école. En outre, il y a une forte déperdition tout au long de l'enseignement primaire, qui aboutit à un taux d'accès en dernière année de seulement 46%. Autrement dit, plus d'un enfant sur deux ne bénéficie pas d'un enseignement primaire complet et sera probablement analphabète à l'âge adulte. Seuls 34% ont accès au secondaire où les taux de déperdition restent élevés.

**Les risques de violences, d'abus, d'exploitation, de discriminations et d'exclusion sont répandus dans la société ivoirienne.** Il s'agit notamment des risques de violence (violences sexuelles et conjugales, viols, etc.), de maltraitance et d'abus sur enfants (punitions physiques, négligence, excision, mariage précoce, traite, travail des enfants), d'abus des personnes âgées et des veuves. L'excision affecte presque un tiers des filles (31% des femmes âgées actuellement de 15-19 ans selon les résultats préliminaires de l'EDS III). Les deux tiers des enfants (68% de ceux âgés de 5 à 17 ans en 2011-2012) travaillent, dont 8% en dehors de leur famille.

## Les principales dimensions de vulnérabilité

**La vulnérabilité économique a fortement augmenté au cours du dernier quart de siècle en raison de l'appauvrissement grandissant de la population.** Non seulement l'incidence de pauvreté (P0) a presque quadruplé entre 1985 et 2008, passant de 10% à 49%, mais la profondeur de pauvreté s'est également aggravée, de 13% en 2002 à 18% en 2008 ; ce qui signifie que les pauvres se sont davantage éloignés du seuil de pauvreté et qu'une augmentation plus importante de leur niveau moyen de consommation est aujourd'hui requise pour leur permettre de sortir de la pauvreté.

**La plupart des risques sociaux affectent davantage les plus pauvres.** Par exemple, le risque de mortalité infanto-juvénile est 1,5 fois plus élevé dans les deux premiers quintiles (les plus pauvres) que dans le cinquième quintile (le plus riche). Le risque de malnutrition chronique (retard de croissance) reste à des niveaux élevés dans les trois premiers quintiles, ne diminuant plus abruptement qu'à partir du quatrième quintile. Les enfants les plus pauvres sont plus souvent malades que les enfants les plus riches et ont une probabilité beaucoup plus faible de recevoir un traitement approprié. Dans le cas du paludisme, qui représente la première cause de mortalité infanto-juvénile, seulement 20% des enfants du premier quintile reçoivent des médicaments antipaludéens, soit environ la moitié de la proportion correspondante dans le cinquième quintile (41%), selon les données de la MICS de 2006. Moins de 30% des femmes du premier quintile accouchent dans des établissements sanitaires ou avec assistance qualifiée, contre plus de 90 % des femmes du cinquième quintile (voir Tableau 1.1). Il y a également de fortes disparités, selon les niveaux de richesse, en ce qui concerne l'accès aux sources d'eau améliorées et l'utilisation d'installations sanitaires appropriées.

**Tableau 1.1 Risques sociaux par quintile (Q) de bien-être économique, 2006**

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Rapport Q1/Q5
<b>Risque de mortalité</b> (décès pour 1000 naissances vivantes)						
Taux de mortalité infanto-juvénile	150	146	121	111	100	1,50
<b>Risque de malnutrition</b> (enfants < 5 ans, modérée et sévère)						
Retard de croissance (taille pour âge)	41,9	39,6	34,6	26,3	21,1	1,99
<b>Risques sanitaires</b> (%)						
Enfants de 12 à 23 mois sans aucune vaccination	9,6	9,9	4,2	2,6	0,9	10,67
Enfants < 5 ans ayant de la fièvre	30,0	29,7	25,5	21,3	20,7	1,45
Traitement antipaludéen (enfants < 5 ans fiévreux)	19,8	20,7	31,3	27,1	41,1	0,48
Accouchement assisté par personnel qualifié	28,5	40,3	58,7	78,9	94,6	0,30
Accès à des sources d'eau améliorées	51,0	64,4	74,9	91,3	98,2	0,52
Utilisation d'installations sanitaires appropriées	18,0	32,1	61,7	83,0	90,5	0,20
<b>Risques scolaires</b> (%)						
Taux net de scolarisation primaire	35,4	49,8	54,9	64,4	80,5	0,44
<b>Autres risques</b> (%)						
Enfants de 5 à 14 ans qui travaillent	52,1	43,9	38,7	21,7	13,7	3,80
Enfants < 5 ans enregistrés à l'état civil	28,7	40,7	56,1	77,4	88,5	0,32

Source : MICS 2006 (Institut National de la Statistique et UNICEF, 2007).

**Les pauvres sont beaucoup plus nombreux en milieu rural, dans les zones du Nord, de l'Ouest avec des risques sociaux plus importants.** Les pauvres vivent principalement en milieu rural, même si les taux de chômage et de pauvreté ont augmenté rapidement en milieu urbain ces dernières années. Ils exercent principalement dans le secteur agricole informel. Ils ont été fortement affectés par la chute des prix des cultures depuis les années 80 et, dans certaines zones, par les conflits politiques, ethniques et fonciers. Selon l'ENV 2008, l'incidence de pauvreté est deux fois plus élevée (62,5%) en milieu rural qu'en milieu urbain (29,5%) et en termes absolus trois quarts des pauvres (75,4%) vivent en milieu rural. La profondeur de la pauvreté y est aussi beaucoup plus importante (24,5% par rapport à 9,1% en ville). Les risques de mortalité, de malnutrition, de manque d'accès aux services sanitaires, de privations en assainissement et dans l'accès à l'eau, de non scolarisation et de travail des enfants sont tous plus importants en milieu rural. L'analyse de la répartition géographique de la pauvreté monétaire et des risques sociaux montre aussi que ces problèmes sont particulièrement graves dans quelques régions du Nord et de l'Ouest du pays (voir le Tableau 1.2). Les victimes de la guerre et les ex-combattants sont dans une situation particulièrement précaire, surtout dans quelques zones de l'Ouest.

**Tableau 1.2 Pauvreté et risques sociaux par régions (%)**

Région	Incidence de pauvreté (2008)	Profondeur de pauvreté (2008)	Mortalité infanto-juvénile, 2006 (pour 1000 naissances vivantes)	Malnutrition chronique, 2011-12 (enfants < 5 ans)	Traitement antipaludéen, 2006 (enfants < 5 ans févrex)	Accouchement assisté par personnel qualifié, 2006	Sources d'eau améliorées, 2006	Installations sanitaires appropriées, 2006	Taux net de scolarisation primaire, 2006	Enfants travailleurs, 2006 (5-14 ans)	Naissances enregistrées, 2006 (enfants < 5 ans)
Centre	56,0	20,3	130	32,9	34,6	42,8	78,9	42,8	58,1	44,2	59,0
Centre Est	53,7	20,4	130	30,3	30,6	75,4	71,9	80,9	56,1	31,3	75,9
Centre Nord	57,0	24,2	83	28,9	38,5	42,5	70,9	35,0	47,7	44,0	41,4
Centre Ouest	63,0	24,3	169	33,0	17,2	53,9	80,5	64,7	68,6	23,6	56,3
Nord	77,3	36,1	130	38,2	27,1	63,2	84,0	40,6	26,5	53,4	40,7
Nord Est	54,7	20,9	160	46,6	10,7	30,5	69,7	31,1	40,0	51,0	41,3
Nord Ouest	57,9	25,6	96	34,5	26,4	23,4	57,6	59,2	31,6	51,6	23,5
Ouest	63,2	25,1	111	33,6	21,4	28,9	62,7	53,9	47,6	46,7	23,3
Sud	44,6	14,7	129	35,6	29,2	65,8	71,4	51,1	66,4	26,6	66,8
Sud Ouest	45,5	13,3	156	41,1	24,2	55,4	63,7	47,0	50,5	35,9	52,3
Abidjan	21,0	5,6	103	21,7	32,0	97,4	98,7	94,1	73,1	14,9	87,2
National	48,9	18,2	125	34,0	25,9	56,8	76,0	57,0	55,1	35,3	54,9

Sources : EIS 2005 ; MICS 2006 ; ENV 2008 ; EDS 2011-2012.

**Les relations inégales de genre rendent les femmes globalement plus vulnérables que les hommes.** La subordination de la femme, les discriminations et le lourd fardeau du rôle reproductif de la femme mettent les femmes dans une situation globalement désavantageuse par rapport aux hommes et les rendent plus vulnérables à toute une série de risques : la non-scolarisation ou l'abandon scolaire ; les discriminations dans l'emploi ; l'excision ; les violences conjugales ; les abus sexuels et l'exploitation sexuelle. Par exemple, les risques plus élevés de non scolarisation chez les filles se montrent par un ratio

filles/garçons qui descend progressivement de 0,87 à l'entrée au primaire (CP1) jusqu'à 0,43 à l'achèvement du secondaire, selon les données de la MICS de 2006. La Politique Nationale de l'Emploi signale que 78% des femmes perçoivent un revenu inférieur au SMIG contre 62% des hommes.

**D'autres vecteurs importants de la vulnérabilité incluent la taille des ménages et les taux de dépendance, le niveau d'instruction (des chefs de ménages ou des mères), les handicaps, et les maladies chroniques, dont le SIDA.** Compte tenu de l'importance de la famille comme cadre de développement, de protection et d'épanouissement de tous ses membres et en particulier de l'enfant, l'analyse a aussi mis en relief la vulnérabilité des enfants qui sont exposés à de hauts risques de maltraitance, notamment dans le cas des nombreux enfants qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques et de ceux qui vivent dans des institutions d'accueil. Les personnes handicapées ou affectées par des maladies chroniques sont particulièrement vulnérables, en raison du faible accès aux services de santé et de réhabilitation tout comme des barrières et discriminations multiples qui affectent leur scolarisation, leurs chances d'accès à l'emploi et leur participation dans la vie sociale. D'autres groupes, tels que les personnes âgées, sont vulnérables en termes de réduction de leurs revenus, et présentent des risques accrus de maladies, de handicaps et de mortalité, de perte du soutien de leurs familles et, dans le cas de nombreuses veuves, de maltraitance et de spoliation de leurs biens.

### **Diagnostic du système actuel de protection sociale**

Cette section présente de manière synthétique les grandes conclusions de l'étude de diagnostic réalisée en 2011, notamment sous forme d'une matrice «SWOT» sur les forces, faiblesses, opportunités et menaces relatives à la protection sociale (voir le Tableau 1.3).

**Les mécanismes de protection sociale traditionnelle et informelle restent prédominants mais s'affaiblissent de plus en plus.** Ces mécanismes de solidarité et d'entraide au niveau de la famille élargie, des communautés et des associations restent le seul cadre de protection sociale pour la plupart de la population, mais ils s'affaiblissent progressivement en raison de la modernisation, des migrations et déplacements, de l'urbanisation, et du relâchement de la solidarité au sein de la famille élargie.

**La protection sociale «moderne» est largement limitée à sa branche contributive, c'est-à-dire à l'assurance sociale, mais les caisses de sécurité sociale ont une couverture très faible et un impact minime en matière de protection de la population générale contre les risques sociaux.** Selon les données de l'ENV 2008, à peine 6 % de la population vit dans un ménage ayant au moins une personne bénéficiaire de pensions de retraite ou d'autres régimes d'assurance. Les deux caisses de sécurité sociale, la Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat (CGRAE) et la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), ne couvrent qu'une minorité de la population liée au secteur formel de l'économie, et fournissent une couverture limitée des risques (retraite, décès, accidents de travail et maladies professionnelles et prestations familiales). Qui plus est, la CGRAE se trouve en situation de déséquilibre financier structurel ; ce qui nécessite des subventions publiques coûteuses et requiert des réformes paramétriques pour assurer la survie de cette structure de protection sociale des fonctionnaires.

**L'assurance maladie est peu développée et se heurte à des contraintes structurelles.** L'assurance maladie couvre à peine 2,6% des dépenses totales de santé, selon les comptes nationaux de la santé de 2008. Elle est limitée au secteur public, à travers la Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire (MUGEFICI) et d'autres «mutuelles» paraétatiques, et au secteur privé formel à travers les centres de santé des grandes

entreprises ou l'assurance privée. Suite à l'échec de la tentative de mettre en place un régime d'Assurance Maladie Universelle (AMU), promulgué en 2001, une nouvelle initiative de création d'un système national d'assurance maladie, intitulée Couverture Maladie Universelle (CMU), est en cours depuis 2011 et devra surmonter les défis liés à la faible capacité contributive des ménages et aux difficultés administratives de mobilisation des adhésions et des cotisations dans le secteur informel, où exerce l'écrasante majorité de la population économiquement active.

**Une gratuité ciblée est actuellement mise en œuvre dans le secteur de la santé à titre provisoire, et n'a pas été accompagnée par des mesures adéquates au niveau de l'offre et de la qualité des services sanitaires.** La plupart des services sanitaires sont payants, constituant ainsi une barrière à l'accès, surtout pour les ménages pauvres. Après une courte période de gratuité généralisée entre avril 2011 et février 2012, la gratuité est actuellement ciblée, principalement aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes (en reconnaissance de l'importance des risques de mortalité infanto-juvénile et maternelle) à titre provisoire, avant leur intégration dans la CMU. Parallèlement, d'autres services spécifiques sont prestés à titre gratuit, notamment les vaccinations du Programme Elargi de Vaccination (PEV), le traitement antirétroviral du SIDA et (partiellement) le traitement de la tuberculose. En pratique, la gratuité ciblée ne garantit pas actuellement l'accès aux services compte tenu des faiblesses structurelles au niveau de l'offre, notamment un des plus faibles taux de dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB en Afrique de l'Ouest, la faible part du niveau primaire dans le financement du système, les ruptures de stocks de médicaments et la mauvaise répartition du personnel de santé fortement concentré dans les villes et surtout à Abidjan. Par ailleurs, cette gratuité ciblée ne comporte pas de mécanisme visant les individus en situation (temporaire ou chronique) de vulnérabilité sanitaire aiguë et dont le nombre est en forte expansion, du fait de la persistance de la crise économique et de la dégradation des mécanismes traditionnels et informels de protection sociale.

**Tableau 1.3 Système de protection sociale: principales forces, faiblesses, opportunités et menaces**

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Protection sociale informelle</b> : mécanismes de solidarité et d'entraide fortement ancrés dans les cultures</li> <li>• <b>Assurance sociale</b> : couverture partielle des travailleurs du secteur formel et de leurs ayants droit (retraite, décès, accidents et maladies professionnelles, prestations familiales) ; mutualisation du risque maladie pour les fonctionnaires publics</li> <li>• <b>Transferts sociaux</b> : transferts alimentaires (limités dans l'espace et le temps) ; quelques secours ponctuels et d'urgence (à très petite échelle) ; quelques transferts aux OEV du fait du VIH/SIDA ; quelques projets pilotes (notamment de promotion de l'emploi par l'approche THIMO)</li> <li>• <b>Mesures visant l'accès à l'enseignement de base</b> : abolition des frais d'inscription et de scolarité dans l'enseignement primaire public depuis 2001 ; distribution gratuite de manuels et kits scolaires ; cantines scolaires dans la moitié des écoles primaires ; interdiction des punitions physiques et réseau de travailleurs sociaux en milieu scolaire</li> <li>• <b>Mesures visant l'accès aux soins de santé</b> :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Protection sociale informelle</b> : affaiblie par la modernisation, les migrations et déplacements et l'urbanisation ; peu adaptée aux chocs à large échelle</li> <li>• <b>Assurance sociale</b> : exclusion de la masse de la population exerçant dans le secteur informel (à peine 6% des ménages bénéficient des assurances) ; très faible couverture de l'assurance maladie (2,6% des dépenses totales de santé) ; déficit structurel de la CGRAE, nécessitant d'importantes subventions de l'État (6% des dépenses courantes hors personnel)</li> <li>• <b>Transferts sociaux</b> : absence de programme national de transferts sociaux réguliers, prévisibles et pérennes, inscrits dans la loi, dans une optique de renforcement durable des capacités des plus vulnérables ; absence de programmes THIMO à large échelle et ayant une fonction protection sociale</li> <li>• <b>Mesures visant l'accès à l'enseignement de base</b> : la gratuité reste partielle en raison de l'imposition de frais informels et du maintien d'autres frais (examens, uniformes, etc.) ; couverture limitée des cantines (en nombre d'écoles, jours scolaires servis et élèves bénéficiaires) ; obstacles à la scolarisation au niveau secondaire, liés au manque de documents d'état civil, et absence de gratuité au secondaire, conduisant à des taux de transition primaire-secondaire faibles et des taux d'abandon élevés en secondaire ; bourses mal ciblées ; faible application de l'éducation intégratrice en faveur des enfants handicapés</li> <li>• <b>Mesures visant l'accès aux soins de santé</b> : faiblesses des mesures</li> </ul>

## Stratégie Nationale de Protection Sociale

<p>gratuité ciblée, depuis février 2012, aux enfants de &lt; 5 ans et aux femmes enceintes, au traitement du paludisme et aux urgences médico-chirurgicales dans les premières 48 heures ; gratuité des vaccinations PEV et du traitement du SIDA et de la tuberculose</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mesures visant l'accès à l'eau et l'assainissement</b> : politique de tarification sociale et subventionnement des branchements pour les petits consommateurs en milieu urbain ; gratuité de l'eau dans les petits villages</li> <li>• <b>Services d'action sociale</b> : réseau de centres sociaux et d'autres structures d'actions sociales de base (283 en 2010) ; grand nombre d'ONG (avec financements des PTF) ; cadre de travailleurs sociaux (formés à l'INFS) ; et 3 larges programmes pour la prise en charge des OEV du fait du VIH/SIDA, la lutte contre les violences basées sur le genre et la lutte contre la traite et le travail des enfants</li> <li>• <b>Général</b> : existence de structures spécialisées de formation (INFS et IM2S)</li> </ul>	<p>d'accompagnement de la gratuité ciblée au niveau de l'offre et de la qualité des services pour faire face à la demande (problèmes de financement, de ressources humaines et d'approvisionnement en médicaments) ; absence de mesures visant l'accès aux soins des personnes extrêmement pauvres en situation de vulnérabilité sanitaire aiguë</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mesures visant l'accès à l'eau et l'assainissement</b> : prix plus élevés pour les pauvres s'approvisionnant en eau auprès des bornes fontaines et des revendeurs privés en milieu périurbain et des systèmes d'hydraulique villageoise améliorée (HVA) en milieu rural ; manque de mesures pour rendre plus accessible l'installation de latrines améliorées</li> <li>• <b>Services d'action sociale</b> : faible couverture de nombreuses familles et individus vivant dans des situations à haut risque ; manque d'un système d'action sociale intégré et cohérent ; distorsion des priorités, verticalisation des programmes et difficultés de pérennisation dans un contexte de forte dépendance à l'aide extérieure ; manque de contrôle et faible qualité des structures d'accueil</li> <li>• <b>Général</b> : faible niveau de financement de la protection sociale hors bourses et subventionnement de la CGRAE (4% des dépenses publiques courantes hors personnel en 2010) ; chevauchements de mandats (ministères, collectivités locales, ONG), centralisation et faible coordination ; forte concentration des ressources humaines à Abidjan ; faibles systèmes d'information et de suivi et évaluation</li> </ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assurance sociale</b> : réforme paramétrique de la CGRAE ; renforcement de la CNPS et projet d'extension aux travailleurs indépendants ; mise en place de régimes complémentaires ; mise en place de la CMU</li> <li>• <b>Transferts sociaux</b> : fort potentiel des THIMO comme instrument privilégié de hausse du niveau de vie des ménages pauvres ayant une capacité de travail sous-employée, y compris en période de soudure en milieu rural</li> <li>• <b>Services d'action sociale</b> : proposition de restructuration des services d'action sociale</li> <li>• <b>Général</b> : renforcement de la coordination intersectorielle (création du groupe de travail interministériel sur la protection sociale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assurance sociale</b> : risques importants d'obstacles à une couverture large de la population par la CMU (sans fort subventionnement public et système d'exemption de paiement à large échelle) en raison de la faible capacité contributive et des difficultés administratives à mobiliser les adhésions et les cotisations dans le secteur informel ; risque (sans mise en œuvre de réformes) d'aggravation du déficit structurel de la CGRAE, mettant en danger sa survie ou nécessitant des subventions étatiques de plus en plus importantes</li> <li>• <b>Mesures visant l'accès aux soins de santé</b> : danger d'abolir la gratuité ciblée aux enfants de &lt; 5 ans et aux femmes enceintes sans la mise en place d'un système d'assurance qui couvre les populations pauvres à large échelle ; défis importants posés par le ciblage socio-économique des ménages les plus pauvres.</li> <li>• <b>Général</b> : conflits institutionnels, faible financement de la Stratégie</li> </ul>

**La politique sociale appliquée dans le secteur de l'eau et de l'assainissement contribue peu à améliorer l'accès des populations pauvres.** La politique de tarification sociale et le subventionnement des branchements au réseau de la Société de Distribution d'Eau de Côte d'Ivoire (SODECI), en faveur des petits consommateurs urbains, bénéficient principalement à la classe moyenne. Le coût du branchement, même subventionné, reste hors de portée pour les ménages pauvres urbains. Ceux-ci s'approvisionnent soit auprès des bornes fontaines où les tarifs sont deux fois plus élevés que celui de la tranche sociale de la SODECI, soit auprès de revendeurs privés encore plus chers. Les coûts sont également plus élevés dans les villages, notamment ceux servis par les systèmes d'hydraulique villageoise améliorée (HVA), où d'autres problèmes au niveau du fonctionnement des systèmes (entretien des pompes, gestion défaillante etc.) limitent aussi l'accès dans la pratique.

**Des mesures importantes de protection sociale scolaire visent à augmenter l'accès à l'école et à freiner la déperdition scolaire, mais restent largement inadéquates.** L'abolition des frais d'inscription et de scolarité à l'enseignement primaire public depuis 2001, accompagnée par la distribution gratuite de manuels et kits scolaires, a contribué à alléger les coûts de la scolarisation. Mais cette mesure n'a pas été pleinement efficace en raison de la persistance de frais informels, imposés par de nombreuses écoles pour financer leur fonctionnement, compte tenu de la couverture partielle et du décaissement tardif des subventions aux écoles. Toutefois d'autres frais restent en place, notamment les droits d'examens. D'autres barrières d'accès incluent les contraintes de l'offre (un manque criard de places dans les écoles dans certaines zones et le faible niveau de qualité des

enseignements, qui incite aux abandons scolaires), ainsi que le refus de l'inscription à l'enseignement secondaire d'enfants dépourvus d'actes de naissance.

Des mesures ont été prises par le Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique pour s'assurer que le manque d'acte de naissance, dont la possession est devenue très faible ces dernières années, ne constitue plus une barrière à la scolarisation dans le cycle primaire.

**Les cantines scolaires sont fonctionnelles dans la moitié des écoles primaires, mais pas durant toute l'année scolaire.** Mises à part les mesures de gratuité, les cantines scolaires sont l'instrument principal de promotion de la scolarisation (et de la rétention) au niveau de la demande. Les cantines scolaires contribuent en particulier à la scolarisation de la jeune fille, de son maintien dans le système éducatif, à l'amélioration des rendements scolaires, à la réduction des carences alimentaires et à l'amélioration du niveau de revenu des ménages par l'effet de transfert que constitue la ration alimentaire fournie à l'enfant. En 2010-2011, les cantines étaient présentes dans 53% des écoles primaires mais quelquefois ne couvraient qu'un faible nombre de jours scolaires et d'élèves.

**Les mesures prises pour assurer la scolarisation des enfants handicapés restent très faibles :** le manque criard de places dans les établissements d'éducation spécialisée pour les enfants ayant des handicaps sévères, et les difficultés de mise en œuvre effective de l'éducation intégratrice (dans les écoles ordinaires) des enfants ayant des handicaps modérés.

**Les transferts sociaux directs aux ménages vulnérables sont quasi inexistant.** Les «secours sociaux» existent depuis les années 60 sous forme d'aides d'urgence ou de nature ponctuelle en faveur d'une toute petite minorité de personnes en situation de besoin extrême (220 bénéficiaires en 2011). La Côte d'Ivoire n'a pas encore développé de programmes de transferts sociaux réguliers et à large échelle comme les allocations familiales (hors des régimes de sécurité sociale liés à l'emploi dans le secteur formel), les pensions sociales de vieillesse non contributives (comme en Afrique australe) ou les transferts en espèces pour les ménages très pauvres, qui sont devenus un instrument très efficace de lutte contre la pauvreté et de promotion du développement du capital humain en Amérique Latine et dans d'autres régions du monde. D'autres transferts existent, notamment sous forme de distribution de rations alimentaires aux personnes déplacées, aux enfants et femmes enceintes malnutris et aux patients du SIDA sous traitement ARV, mais sont tous de nature ponctuelle et dans la majorité des cas sont mis en œuvre à très petite échelle.

**Les «filets de sécurité productifs» restent embryonnaires.** Il y a eu des expériences positives mais à petite échelle de THIMO, comme moyen de créer des emplois et hausser les revenus des ménages les plus pauvres ayant une capacité de travail sous-employée. Le nombre d'emplois créés reste très réduit par rapport à l'ampleur des problèmes du chômage et du sous-emploi, et l'impact sur le niveau global d'emploi semble minime. Il existe pourtant d'énormes opportunités, jusqu'ici peu exploitées, de créer des emplois «tremplin» en faveur des jeunes en milieu urbain et ainsi promouvoir la cohésion sociale, et de créer des emplois cycliques à large échelle pendant la période de soudure en milieu rural, notamment dans les zones arides, comme moyen de réduire l'insécurité alimentaire saisonnière. Les THIMO peuvent en même temps répondre aux déficits en infrastructures économiques et sociales et aux besoins de protection environnementale (reboisement, fixation des sols, travaux d'irrigation etc.) auxquels l'approche THIMO est particulièrement bien adaptée.

**Les services d'action sociale bénéficient à une frange limitée des nombreuses familles et individus vivant dans une situation à haut risque.** Ces services sont très

faibles pour de nombreuses raisons, parmi lesquelles : la diversité des types de risques ; la grande variété d'acteurs étatiques et non étatiques engagés (centres sociaux du ministère chargé des Affaires Sociales, services sociaux d'autres ministères et des collectivités locales, ONG et confessions religieuses) ; l'absence de cadre politique cohérent pour orienter et prioriser les actions ; le faible niveau de coordination inter et intra sectorielle ; l'insuffisance des ressources financières ; la dépendance à l'aide extérieure ; et les difficultés d'assurer la pérennisation des programmes et projets. L'action sociale est caractérisée par un grand nombre de petits projets éparpillés, mal coordonnés et limités dans le temps et dans l'espace. Les opportunités de financement extérieur incitent les acteurs à consacrer la plupart de leurs capacités à des programmes ponctuels qui sont en général verticaux et cloisonnés, se focalisant sur un nombre réduit de problèmes (en particulier la prise en charge des OEV du fait du VIH/SIDA, la lutte contre les violences basées sur le genre et la lutte contre la traite et le travail des enfants) au lieu de construire un système plus intégré d'action sociale qui réponde de manière équilibrée à la large gamme des besoins de protection.

**Le système de protection sociale est affaibli par l'absence de cadres politique et institutionnel cohérents, par des capacités limitées et par un niveau très faible de financement public.** L'engagement politique en faveur du renforcement de la protection sociale est important mais est resté vague (hors de certains cadres sectoriels) et n'a pas été traduit en allocations budgétaires conséquentes. Exception faite des bourses scolaires, qui sont mal ciblées, et du financement du déficit de la CGRAE, la protection sociale reçoit à peine 4% des dépenses publiques courantes hors personnel (selon les données d'exécution budgétaire en 2010). Les mandats institutionnels sont mal définis, créant des chevauchements importants (entre divers ministères et les collectivités locales), et la coordination entre les divers acteurs reste faible. Le système est en outre trop centralisé, les ressources humaines sont trop concentrées dans les villes, notamment à Abidjan, et les systèmes de gestion d'information et de suivi-évaluation restent particulièrement faibles.

### **1.3 Priorités de renforcement de la protection sociale**

**Il ressort du profil des risques et vulnérabilités et du diagnostic du système de protection sociale que la Stratégie Nationale de Protection Sociale devrait s'adresser à cinq grandes priorités** : l'amélioration du niveau de vie des plus pauvres ; l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et de l'investissement dans le capital humain ; la protection contre les risques d'abus, de violences, d'exploitation, de discrimination et d'exclusion ; l'atteinte progressive de niveaux plus élevés de protection sociale ; et le renforcement du cadre légal et institutionnel, des capacités et des ressources. Chacune de ces priorités sera discutée dans les sous-sections qui suivent.

**De manière générale, un rôle plus important devrait être accordé à la protection sociale non contributive.** Les dispositifs de protection sociale non contributive (transferts sociaux, THIMO, services d'action sociale, etc.) restent particulièrement faibles. Pourtant ce sont ces instruments qui seraient les plus adaptés aux besoins de protection et de renforcement des capacités des plus vulnérables en Côte d'Ivoire, notamment dans le contexte actuel de pauvreté de masse. Les instruments de la protection sociale contributive, c'est-à-dire de l'assurance sociale, qui actuellement bénéficient uniquement aux employés du secteur formel et leurs familles, sont, par nature, moins adaptés aux besoins et au cadre de vie des millions de pauvres exerçant principalement dans le secteur informel. Ceux-ci ont besoin essentiellement d'approches *promotionnelles* de protection sociale (opportunités d'emploi, renforcement des revenus, réduction des barrières à l'utilisation des services sociaux de base et incitations au développement du capital humain) au lieu d'une approche qui se limite au partage des risques. Par ailleurs, cette large couche de la population a une

faible capacité contributive et sa dispersion dans un secteur informel peu structuré rend difficile la mise en œuvre effective de régimes contributifs universels (gestion des adhésions et recouvrement des cotisations), à moins d'être dans le cadre d'un système d'exemption à large échelle, telle une politique de gratuité au sein d'un cadre assurantiel, comme prévu dans la CMU.

**La protection sociale contributive devrait jouer un rôle complémentaire**, fournissant progressivement des niveaux plus élevés de protection sociale à une partie importante de la population en mesure d'adhérer au système et de cotiser.

### **(1) Amélioration du niveau de vie des plus pauvres**

**Les crises économiques et politiques successives ont laissé une partie importante de la population dans un état de vulnérabilité économique sévère** avec très peu de capacités pour faire face aux risques sans recourir à des stratégies d'adaptation qui réduiraient davantage leur capital (humain et productif) et rendraient encore plus difficile leur sortie du cycle vicieux de la pauvreté et des privations. Le facteur économique (la pauvreté monétaire) est prédominant comme source de vulnérabilité, même si celui-ci est accompagné ou renforcé par d'autres facteurs, tels que le lieu de résidence, le genre et le niveau de capital humain. La pauvreté est le principal facteur d'insécurité alimentaire et est fortement corrélée aux risques sociaux. En effet, les plus pauvres ont des probabilités beaucoup plus élevées que celles des plus riches en matière de malnutrition, de maladies et de non-utilisation des services sanitaires, de mortalité infanto-juvénile, de manque d'accès à des sources d'eau et installations d'assainissement adéquates, de non-scolarisation ou d'abandon scolaire, et de fléaux sociaux comme le travail des enfants. Les analyses montrent que, dans la plupart des cas, le niveau de bien-être (ou de richesse) économique des ménages est un facteur de vulnérabilité à ces risques plus important que la région de résidence ou le genre.

**Il est ainsi primordial de donner une place beaucoup plus importante que dans le passé à des instruments de protection sociale qui contribuent à renverser les tendances d'appauvrissement et d'empirement de l'insécurité alimentaire et à briser le cycle de pauvreté chronique.** Il s'agit de privilégier une approche promotionnelle de la protection sociale qui stabilise et augmente les revenus des plus pauvres, notamment par des opportunités d'emploi à travers des THIMO (conformément à la Politique Nationale de l'Emploi) et par des transferts sociaux directs aux ménages sans capacité de travail. Ces types de programme facilitent indirectement l'accès des plus pauvres aux services sociaux de base et contribuent à l'amélioration de la nutrition, tout en leur permettant aussi de s'initier à l'épargne. Ces programmes leur permettent également d'avoir accès aux services de micro-finance et d'augmenter leur productivité, et ainsi progressivement d'améliorer leur niveau de vie sur une base durable.

### **(2) Amélioration de l'accès aux services sociaux de base et de l'investissement dans le capital humain**

**Les risques élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle, de morbidité et de non-scolarisation (ou d'abandon scolaire précoce), qui sont tous fortement corrélés au niveau de vie des ménages, soulignent l'importance de renforcer les mesures de protection sociale dans les secteurs sociaux de base.** Il s'agit de réduire les barrières, notamment financières, d'accès aux services les plus essentiels, afin de réduire ces risques sociaux à court terme et de stimuler l'investissement dans le capital humain, plus particulièrement les enfants, comme stratégie à long terme de rupture du cycle intergénérationnel de la pauvreté.

**L'amélioration du niveau de vie des ménages les plus pauvres (Axe 1) constitue une stratégie indirecte dans ce sens**, à travers ses effets de revenu sur la nutrition et l'accès aux services. Cependant, des mesures sectorielles de protection sociale devraient aussi jouer un rôle clef.

**Il est ainsi question de consolider la gratuité des services sociaux de base**, notamment des services sanitaires pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (compte tenu des risques de mortalité élevés dans ces catégories de la population), et pour l'enseignement de base. Cet axe prévoit aussi le renforcement des incitations à la scolarisation, notamment par les cantines scolaires, et des mesures pour rendre plus abordable l'accès des pauvres à l'eau potable et à l'assainissement. Ces mesures au niveau de la demande des services sociaux de base devront aller de pair avec l'amélioration de l'offre des services.

### **(3) Réduction de la vulnérabilité aux risques d'abus, de violences, d'exploitation, de discrimination et d'exclusion**

**La pauvreté amplifie les risques d'abus et d'exploitation**, conduisant notamment à l'implication des enfants dans le travail, souvent dans ses pires formes, et aux abus de la tradition de placement (ou de «confiage») des enfants, qui dans les cas extrêmes évoluent vers des situations de traite.

**Le système de protection sociale est appelé à donner des réponses à ces risques, et à d'autres risques largement répandus mais plutôt ancrés dans les relations sociales (notamment de genre) et les pratiques culturelles** : risques d'excision, de mariage précoce, de violences conjugales et d'exploitation sexuelle, maltraitance des veuves, exclusion sociale et discriminations envers les personnes handicapées parmi tant d'autres. La réduction de ces risques requiert un travail social soutenu auprès des communautés et des familles, incluant des actions préventives (campagnes de sensibilisation etc.) et des interventions de prise en charge et de réinsertion sociale et familiale des victimes.

### **(4) Atteinte progressive de niveaux plus élevés de protection sociale**

**Comme il a été signalé ci-dessus, la protection sociale contributive devrait jouer un rôle complémentaire aux instruments de protection sociale non contributive**, même si ces derniers sont prioritaires pour renforcer les capacités des plus vulnérables et pour faire face aux risques les plus graves. Compte tenu des contraintes à la mise en œuvre de régimes contributifs dans un contexte de pauvreté à large échelle et de niveaux élevés d'informalité de l'économie, il s'agit de fournir progressivement des niveaux plus élevés de protection sociale à une partie grandissante de la population capable de s'assurer et ainsi de construire un système de protection sociale plus complet. Les principaux défis sont ceux de :

- **la consolidation des systèmes actuels de sécurité sociale pour les travailleurs du secteur formel et leurs ayants droit**, notamment par la mise en œuvre de la réforme paramétrique de la CGRAE et l'élimination éventuelle du besoin de subventionnement public de cette Caisse, libérant ainsi des ressources importantes pour le financement d'autres priorités de protection sociale ;
- **l'extension de la sécurité sociale aux travailleurs indépendants et au secteur d'activité non formel** par la formalisation progressive des activités actuellement informelles et la mise en place de régimes adaptés aux besoins et capacités contributives des travailleurs indépendants ;

- **la mise en place de la CMU comme mécanisme de partage des risques sanitaires**, incluant un régime général obligatoire de base contributif (RGB) à destination du secteur formel et d'autres catégories professionnelles à fédérer, un régime d'assistance médicale non contributif (RAM) axé sur les populations vulnérables, et des régimes complémentaires d'assurance maladie. Le RAM devrait intégrer à terme les régimes actuels d'exemption pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et s'étendre aux populations indigentes, probablement sous la forme d'exemptions de primes.

#### **(5) Renforcement du cadre légal, institutionnel, des capacités et des ressources**

**Le diagnostic a mis en relief un certain nombre de faiblesses au niveau du cadre institutionnel et des capacités administratives qui doivent aussi être le sujet de mesures d'amélioration.** Il s'agit, tout d'abord, de rendre plus cohérente l'architecture institutionnelle, notamment par la rationalisation des mandats et le renforcement des mécanismes de coordination dans un contexte marqué actuellement par une multiplicité d'acteurs (ministères, collectivités locales, ONG, confessions religieuses et PTF), par des chevauchements de rôles (même entre ministères), des retards dans le transfert de compétences aux communes et un faible niveau de déconcentration au sein des structures verticales des ministères. Il est nécessaire de procéder à la réforme des services d'action sociale, en particulier par le renforcement des centres sociaux comme structures intégrées de travail social proches des communautés.

En ce qui concerne le **renforcement des capacités**, les besoins les plus importants incluent le développement des capacités de planification, de systèmes de gestion d'information et des dispositifs de suivi et évaluation. Il en est de même pour le renforcement des ressources humaines, notamment dans le cas des travailleurs sociaux, par une meilleure répartition géographique et l'amélioration de la formation des cadres (réforme des formations initiales et programmes de recyclage ou formation continue).

**Il est également question de renforcer le financement de la protection sociale**, historiquement très faible, pour refléter le rôle important qu'elle est appelée à jouer dans la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité et in directement dans le développement national. Le défi du financement de la protection sociale n'est pas seulement d'augmenter l'enveloppe globale allouée, mais aussi d'améliorer l'efficacité des dépenses de protection sociale, dont environ la moitié est actuellement consacrée à des programmes mal ciblés (les bourses scolaires) **et au financement du déficit de la CGRAE.**

## **2 Fondement, principes, vision, objectifs et axes stratégiques**

### **2.1 Fondement**

La Stratégie nationale de Protection Sociale se fonde, d'une part, sur les valeurs et les ambitions que la Nation s'est fixées à travers les documents de politiques et stratégies de développement et, d'autre part, sur les initiatives de renforcement de la protection sociale sur le plan mondial et régional.

**La Stratégie nationale de Protection Sociale se fonde tout d'abord sur les dispositions constitutionnelles et les priorités nationales énoncées dans le Plan National de Développement.** La Constitution du 1<sup>er</sup> août 2000 proclame, dans son préambule, son adhésion aux droits et libertés tels que définis dans la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948 et dans la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples de 1981, qui incluent la reconnaissance du droit à la sécurité sociale et plus largement aux droits sociaux de protection des personnes. En outre, l'article 87 de la Constitution stipule que les conventions internationales ratifiées par la Côte d'Ivoire ont une autorité supérieure à celle des lois nationales. Plus spécifiquement, les articles 6 et 7 assurent respectivement la protection des enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées et l'accès égal à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi de tous les citoyens.

Le Plan National de Développement (PND) 2012-2015 met un fort accent sur la reconstruction de la cohésion sociale, qui s'est fragilisée au cours des longues années de conflits politiques. Comme cadre de solidarité nationale et de réduction des inégalités sociales, le système de protection sociale constitue un axe privilégié de renforcement de la cohésion sociale et de consolidation de la paix.

La Stratégie Nationale de Protection Sociale répond tout particulièrement à deux des cinq orientations stratégiques du PND : l'orientation stratégique 2 sur la répartition équitable des fruits de la croissance, et l'orientation stratégique 3, relatif à l'accès équitable à des services sociaux de qualité pour les populations, en particulier les femmes, les jeunes, les enfants et autres groupes vulnérables.

Dans son volet spécifique sur la protection sociale, le PND vise comme impact «les populations, notamment les groupes vulnérables, sont protégés au plan social et juridique». Il prévoit un système de protection sociale qui soit géré de manière participative, transparente et efficace, qui améliore l'accès des groupes vulnérables aux services d'action sociale et assure une protection adéquate pour les groupes vulnérables. Le PND met en relief tout particulièrement la promotion de l'emploi, notamment au moyen des THIMO, le renforcement de la gratuité de l'enseignement et son extension jusqu'au premier cycle du secondaire, le développement des cantines scolaires et la mise en place de la CMU.

La Stratégie Nationale de Protection Sociale est également en conformité avec d'autres documents de politique, stratégie et planification dans plusieurs secteurs et domaines spécifiques. Il s'agit notamment de la Politique Nationale de l'Emploi (2012), de la Politique Nationale de Santé et du Plan National de Développement Sanitaire (2011), du Plan d'Actions à Moyen Terme du Secteur de l'Education 2012-2014 (2011) et de la Stratégie Nationale d'Alimentation Scolaire (2012), ainsi que des documents de politique concernant des groupes vulnérables spécifiques tels que les orphelins et enfants vulnérables du fait du VIH/SIDA, les personnes âgées et les personnes handicapées.

**La Stratégie Nationale de Protection Sociale tire aussi ses fondements des engagements régionaux et internationaux pris par la Côte d'Ivoire** par rapport aux droits de l'homme, notamment par la ratification des conventions internationales, tels que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) et la Convention relative à l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF), qui reconnaissent tous le droit à la sécurité sociale et toute une gamme d'autres droits à la protection.

**La Stratégie répond en particulier aux engagements du Gouvernement de Côte d'Ivoire à l'égard de l'Initiative du Socle de Protection Sociale des Nations Unies et du Cadre de Politique Sociale Africaine de l'Union Africaine.** Les Nations Unies et l'Union Africaine ont appelé les pays à renforcer leurs systèmes de protection sociale comme moyen de lutte contre la pauvreté, d'amélioration de l'accès des populations aux services sociaux de base et de réduction de la vulnérabilité des ménages les plus démunis aux chocs. Il s'agit de mettre en place un «socle de protection sociale», proposé depuis 2009 par les Nations Unies comme paquet prioritaire de prestations de protection sociale.

**Dans son articulation du concept d'un socle de protection sociale, le BIT a proposé une approche bidimensionnelle, qui priorise un socle de base tout en construisant progressivement un système de protection sociale plus complet.** C'est dans ce sens que la Conférence Internationale du Travail, dans sa 101<sup>ème</sup> session en 2012, a affirmé que les stratégies nationales d'extension de la protection sociale devraient :

- «a) accorder la priorité à la mise en œuvre des socles de protection sociale en tant que point de départ pour les pays qui n'ont pas un niveau minimal de garanties de sécurité sociale et comme élément fondamental de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale ;
- b) chercher à assurer des niveaux plus élevés de protection au plus grand nombre possible de personnes et aussi rapidement que possible, reflétant les capacités économiques et budgétaires»

**La présente Stratégie reflète cette double approche.** Elle définit, d'un côté, un socle national de protection sociale à construire sous forme de paquet minimal de prestations de protection sociale qui s'adressent aux besoins les plus prioritaires, et, de l'autre côté, les mesures supplémentaires qui établiront graduellement un système de protection sociale plus large, selon les capacités contributives des populations, les ressources publiques et les capacités institutionnelles.

## **2.2 Vision**

La Stratégie s'articule autour de la vision suivante :

«La Côte d'Ivoire est une nation solidaire, d'équité et de bien-être social ayant un système de protection sociale qui protège les populations, notamment les couches sociales les plus vulnérables, contre les risques économiques et sociaux et qui renforce leur capacité à se prendre en charge sur une base autonome et durable».

## **2.3 Principes directeurs**

Tenant compte des meilleures pratiques de protection sociale au niveau mondial ainsi que des priorités nationales et des spécificités du pays, la Stratégie Nationale de Protection Sociale est conçue sur la base de quelques principes directeurs, qui sont résumés ci-après :

- **Une approche basée sur les droits humains universels, et notamment le droit à la protection sociale, et le principe d'équité** dans le cadre d'un véritable contrat social entre l'Etat et les citoyens ;
- **L'inscription des programmes de protection sociale dans la législation nationale**, afin de les doter d'un statut juridique clair et de reconnaître légalement les prestations auxquelles ils donnent droit ;
- **Le principe de solidarité**, qui est fortement enraciné dans les cultures ivoiriennes et qui exprime l'idée que la société et tout particulièrement ceux qui se trouvent dans une situation plus aisée ou avantageuse ont l'obligation d'apporter un appui aux plus pauvres, aux malades et aux victimes de chocs, catastrophes et violations des droits, notamment par des mécanismes de redistribution au moyen de la fiscalité et des finances publiques ;
- **Le principe de non-discrimination**, par rapport au genre, à l'âge, à l'appartenance ethnique, à la nationalité et l'intégration de l'approche genre afin d'éliminer les discriminations et les désavantages qui, dans de multiples domaines, rendent les femmes plus vulnérables aux risques que les hommes ;
- **La progressivité de mise en œuvre en donnant priorité aux risques les plus graves et aux populations les plus vulnérables**, compte tenu du fait que les populations font face à une gamme de risques importants et de la nécessité, dans un contexte de contrainte des ressources, d'une priorisation selon l'importance et la fréquence de ces risques et les besoins de renforcement des capacités des groupes, ménages et individus les plus vulnérables ;
- **Une approche équilibrée de prévention, protection et promotion (les «3 P»)**, qui s'inspire des approches modernes de protection sociale allant au-delà d'une simple protection dans le sens passif ou réactif du terme pour mettre un accent fort sur la prévention des risques, de leurs impacts néfastes et sur la promotion des capacités des plus vulnérables (en capital humain, social et productif) en vue d'assurer autant que possible leur insertion sociale et leur autonomisation économique sur une base durable ;
- **Le renforcement du cadre protecteur de la famille**, comme cellule de base de la société et lieu privilégié de protection et d'épanouissement de ses membres, notamment de ceux qui sont les plus vulnérables, à savoir les enfants, les femmes, les personnes âgées et les personnes handicapées ;
- **La transparence et la bonne gouvernance**, à travers des mécanismes qui garantissent la bonne gestion des ressources publiques et privées mobilisées, ainsi que la prestation de comptes, donnant confiance à tous les acteurs dans le système ;
- **Le dialogue social et le partenariat**, notamment par la reconnaissance du rôle éminent des partenaires sociaux (organisations d'employeurs, syndicats, associations, etc.) dans le dialogue sur le développement de la protection sociale.

## 2.4 Objectifs

L'**objectif général** de la Stratégie Nationale de Protection Sociale est de construire progressivement un système de protection sociale qui renforce les capacités des ménages et individus les plus vulnérables et qui permet aux populations de mieux gérer les risques.

La Stratégie répond aux priorités identifiées dans le diagnostic par **cinq objectifs spécifiques** :

- **Objectif spécifique 1** : Améliorer le niveau de vie des plus pauvres ;
- **Objectif spécifique 2** : Améliorer l'accès aux services sociaux de base et l'investissement dans le capital humain ;
- **Objectif spécifique 3** : Accompagner les groupes vulnérables dans la prévention et la réponse aux risques d'abus, violences, exploitation, discrimination et exclusion ;
- **Objectif spécifique 4** : Atteindre progressivement des niveaux plus élevés de protection sociale ;
- **Objectif spécifique 5** : Renforcer le cadre institutionnel, les capacités administratives et le financement de la protection sociale.

**La Stratégie s'articule autour d'un double objectif**, conformément aux recommandations de la 101<sup>ème</sup> session de la Conférence Internationale du Travail :

1. Etablir, comme point de départ, un socle de protection sociale, qui priorise la protection des plus vulnérables et une meilleure gestion des risques les plus graves ;
2. Construire à terme un système plus complet fournissant des niveaux plus élevés de protection sociale qui offre progressivement une couverture à des couches de plus en plus large de la population.

**Les trois premiers objectifs se réfèrent aux priorités du socle national de protection sociale.** La construction du socle, dans un contexte de capacités et de ressources limitées, requiert une forte priorisation des mesures de protection sociale les plus élémentaires qui s'adressent aux risques et vulnérabilités les plus graves.

**Ce socle comportera essentiellement des mesures de protection sociale non contributives**, pour plusieurs raisons : le besoin primordial d'augmenter le niveau de vie des plus pauvres (par des transferts et/ou des opportunités d'emploi), l'importance et la nature des risques à adresser (mortalité infanto-juvénile et maternelle, non scolarisation ou abandon scolaire précoce, abus et violences, etc.), le besoin de renforcer les services sociaux d'accompagnement des familles et individus les plus vulnérables, et les limites de la protection sociale contributive dans un contexte de pauvreté de masse, de faible capacité contributive et de prédominance du secteur informel.

**La priorisation d'un socle de mesures de base, essentiellement non contributives et dirigées sur les risques et vulnérabilités les plus graves, n'exclut pas un effort complémentaire pour ériger progressivement un système plus complet de protection sociale (le quatrième objectif).** Cependant, il serait peu justifiable de diriger des ressources publiques, au moins dans un premier temps, vers le quatrième objectif, qui devrait se financer essentiellement par des cotisations dans un cadre contributif. Le quatrième objectif

concerne ainsi le renforcement et l'extension des systèmes contributifs. Il est reconnu que, à court et moyen terme, les bénéficiaires seront majoritairement des ménages plus aisés, en raison des contraintes déjà évoquées ci-dessus, malgré des efforts importants pour élargir la couverture au monde rural et au secteur informel.

**Le cinquième objectif s'adresse aux besoins de réforme du cadre institutionnel, de bonne gouvernance, de développement des capacités administratives, de renforcement du volume et de l'efficacité du financement de la protection sociale.** La réponse effective à ces défis d'ordre institutionnel, organisationnel et financier conditionnera en grande partie le degré de réussite dans l'atteinte des autres objectifs.

## **2.5 Axes et orientations stratégiques**

**La Stratégie comprend quatre axes stratégiques qui déclinent les actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs** relatifs au socle (objectifs 1 à 3) et à la construction d'un système fournissant des niveaux plus élevés de protection sociale (objectif 4). Le cinquième objectif relatif au renforcement du cadre institutionnel, des capacités administratives et du financement du système de protection sociale est intégré dans chaque axe et repris de manière globale dans la partie de la Stratégie sur la mise en œuvre (voir «mesures complémentaires» dans le Chapitre 7).

Les grandes orientations stratégiques des axes sont brièvement présentées ci-dessous (et résumées dans le Tableau 2.1), tandis que le contenu détaillé des axes est développé dans le Chapitre 3.

### **Axe stratégique 1 : Amélioration du niveau de vie des plus pauvres**

Les revenus des ménages les plus pauvres seront stabilisés et augmentés, notamment par des mesures de promotion de l'emploi, y compris l'expansion des THIMO à une échelle beaucoup plus large que par le passé. Les THIMO deviendront une option de choix pour stabiliser les revenus des pauvres en milieu rural pendant la période de soudure, notamment dans les zones les plus touchées par une insécurité alimentaire saisonnière, tout en contribuant à la création d'actifs économiques et sociaux et à la protection environnementale. En milieu urbain, les THIMO créeront des emplois à plus long terme, notamment en faveur des jeunes chômeurs, et incluront des volets de formation, promotion de l'épargne et facilitation de l'accès à la micro-finance pour favoriser l'insertion économique et l'autonomisation à long terme. Une attention particulière sera accordée à la mise en place d'un programme de transferts sociaux monétaires aux ménages sans capacité de travail.

Il est à noter que l'axe 1 contribuera aussi à l'atteinte de l'objectif 2 par ses impacts indirects sur la nutrition (à travers une meilleure sécurité alimentaire et la diversification des aliments) et sur l'accès aux services sociaux de base (par ses effets de revenu). Les programmes seront aussi soutenus par l'action sociale de base (information et référencement).

### **Axe stratégique 2 : Amélioration de l'accès aux services sociaux de base et de l'investissement dans le capital humain**

Cet axe inclut une large gamme de mesures pour réduire les barrières d'accès aux services sociaux de base, permettre un meilleur investissement dans le capital humain, afin d'assurer les droits sociaux, notamment des plus pauvres, et ainsi contribuer à briser le cercle vicieux de la pauvreté chronique.

Pour augmenter les taux de scolarisation et réduire les risques d'abandon scolaire, en particulier des filles, la gratuité de l'enseignement primaire sera consolidée et renforcée, notamment par une meilleure mise en œuvre des transferts compensatoires aux écoles, et sera étendue au premier cycle du secondaire. Les cantines scolaires seront renforcées comme instrument d'incitation à la fréquentation scolaire. Des mesures seront aussi prises pour assurer l'accès des enfants portant des handicaps à l'enseignement, de préférence par l'intégration dans l'enseignement ordinaire.

Dans le secteur de la santé, l'exemption ciblée du paiement des services sanitaires pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sera maintenue et renforcée, compte tenu de la haute priorité accordée à l'augmentation de l'utilisation des services sanitaires par ces catégories vulnérables de la population en vue de la réduction de la mortalité infantile et maternelle. Ces programmes d'exemption seront intégrés à terme dans la CMU probablement sous la forme d'exemptions catégorielles de primes. L'exemption devrait être étendue aux ménages les plus pauvres, après identification.

Des mesures de protection sociale sont aussi proposées pour rendre plus accessibles aux plus pauvres les sources d'eau améliorées et les moyens d'assainissement, ce qui est crucial pour l'amélioration de la santé, notamment des enfants.

Il est à noter que, dans tous ces domaines, les actions de protection sociale qui visent l'amélioration de l'accès aux services, du côté de la demande, doivent aller de pair avec des mesures de renforcement de l'offre et de la qualité des services. Sinon, l'accroissement de la demande se heurtera inéluctablement à des barrières relatives à la disponibilité des services ou minera davantage leur qualité.

### **Axe stratégique 3 : Accompagnement des groupes vulnérables dans la prévention et la réponse aux risques d'abus, violences, exploitation, discrimination et exclusion.**

La SNPS promouvra une approche qui renforce à la fois la prévention des risques, la prise en charge des victimes et la promotion de solutions durables, notamment par le renforcement de la communauté, de la famille et la promotion de la réinsertion sociale et familiale. Une meilleure prévention requiert des campagnes de sensibilisation à large échelle et une détection précoce des risques par les travailleurs sociaux, à travers un renforcement de l'animation sociale au niveau communautaire. La prise en charge de victimes d'abus, de violences et d'exploitation sera étroitement liée à des mesures d'accompagnement des familles et des communautés, à travers une collaboration étroite entre les différents acteurs impliqués (sécurité, action sociale, justice, santé, éducation). Cet accompagnement aura une dimension promotionnelle, à savoir, selon les cas, la promotion de la réinsertion familiale (la prise en charge institutionnelle n'étant qu'une mesure d'exception et temporaire) et la référence des personnes prises en charge à des services complémentaires (services sociaux de base et services favorisant l'autonomisation tels que l'accès à la formation, à la micro-finance et aux THIMO).

### **Axe stratégique 4 : Atteinte progressive de niveaux plus élevés de protection sociale**

La construction progressive d'un système plus complet de protection sociale vise à renforcer la protection contre les aléas de la vie par la consolidation et l'élargissement des systèmes de protection sociale contributive, actuellement limités à une minorité dans le secteur formel de l'économie. Cet axe se focalise sur la consolidation des acquis des caisses de sécurité sociale (au moyen de la mise en œuvre de réformes paramétriques, notamment dans le cas

de la CGRAE, afin d'assurer sa pérennité et d'éliminer les besoins de subventionnement par l'Etat), l'extension de la sécurité sociale aux travailleurs indépendants et aux secteurs d'activités non formels par la CNPS, la mise en place de la CMU et l'expansion progressive de sa couverture de la population.

### **Mesures d'accompagnement institutionnel, organisationnel et financier**

Ces mesures, qui seront abordées de manière plus détaillée dans le Chapitre 4, sont incontournables pour assurer la mise en œuvre effective des quatre axes. Elles incluent, tout d'abord, des mesures pour rendre plus cohérente l'architecture institutionnelle de la protection sociale : la rationalisation des mandats, le renforcement des mécanismes de coordination, une meilleure déconcentration et le transfert de compétences aux communes. Il s'agit ensuite d'investir dans le renforcement des capacités, notamment pour la mise en place de systèmes de gestion d'information et des dispositifs de suivi et évaluation, et pour le renforcement des ressources humaines, surtout par une meilleure répartition géographique. Il est enfin question de renforcer le financement de la protection sociale, compte tenu du rôle important qu'elle devrait jouer dans la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité. L'augmentation du volume de financement, rendue possible par la croissance des recettes publiques et une plus grande priorisation de la protection sociale dans les allocations budgétaires, s'accompagnera par une meilleure efficacité des dépenses, notamment par l'élimination de programmes mal ciblés et du besoin de financement du déficit de la CGRAE.

**Tableau 2.1 Objectifs, axes et orientations stratégiques**

<b>Objectif général : Construire un système de protection sociale qui renforce les capacités des ménages et individus les plus vulnérables et qui permet aux populations de mieux gérer les risques</b>			
<b>Dimensions</b>	<b>Axes stratégiques</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Orientations stratégiques</b>
Construction d'un socle de protection sociale constitué de dispositifs de base relatifs aux risques et vulnérabilités les plus graves	Axe 1	Améliorer le niveau de vie des plus pauvres	Augmentation des revenus des plus pauvres, notamment par l'expansion des THIMO et (à étudier dans le cadre d'une réforme des secours sociaux) la mise en place de transferts sociaux monétaires ciblés aux plus pauvres sans capacité de travail
	Axe 2	Améliorer l'accès aux services sociaux de base et l'investissement dans le capital humain	Gratuité des services sanitaires pour enfants de < 5 ans et femmes enceintes (à terme dans le cadre de la CMU) ; gratuité de l'enseignement obligatoire, suppression d'autres obstacles à la scolarisation et renforcement des cantines scolaires ; mesures pour améliorer l'accès financier des populations pauvres à l'eau et à l'assainissement
	Axe 3	Accompagner les groupes vulnérables dans la prévention et la réponse aux risques d'abus, violences, exploitation, discrimination et exclusion	Restructuration des services d'action sociale pour le renforcement des actions de prévention des risques (campagnes de sensibilisation etc.), de prise en charge des personnes en vulnérabilité aiguë ou victimes d'abus, et de promotion de solutions durables (réinsertion sociale et familiale)
Construction progressive d'un système de protection sociale plus complet	Axe 4	Atteindre progressivement des niveaux plus élevés de protection sociale	Consolidation des systèmes de sécurité sociale actuels pour le secteur formel par des réformes paramétriques et institutionnelles et le développement de régimes de pension complémentaires ; extension de la sécurité sociale au secteur informel par la CNPS ; mise en place et expansion progressive de la couverture sanitaire de la population par la CMU
Renforcement du cadre institutionnel, des capacités administratives et du financement du système de protection sociale		Renforcer le cadre institutionnel, les capacités administratives et le financement de la protection sociale	Réformes institutionnelles (rationalisation des mandats, décentralisation et déconcentration) ; renforcement de la coordination inter et intra sectorielle ; développement de systèmes de gestion d'information et de suivi et évaluation des programmes ; renforcement des ressources humaines (meilleure répartition, renforcement de la formation initiale et continue) ; augmentation et meilleure efficacité des dépenses publiques de protection sociale

### 3 Axe 1 : Amélioration du niveau de vie des plus pauvres

**Des instruments de protection sociale seront employés comme un des principaux moyens de lutte contre la pauvreté – et, par extension, de reconstruction de la cohésion sociale.** Complémentaires aux mesures de redressement économique (bonne gestion macroéconomique, investissements dans les infrastructures, amélioration du climat d'affaires, politiques sectorielles, etc.), ces mesures de protection sociale contribueront de manière significative à renverser les tendances d'appauvrissement des trois dernières décennies, tout en permettant aux pauvres de contribuer au renouveau économique et de bénéficier de ses fruits.

**Conformément aux orientations de la Politique Nationale de l'Emploi (PNE), une priorité sera donnée à la création d'emplois à large échelle en faveur des plus pauvres,** comme moyen de hausser leurs revenus et ainsi de réduire les taux élevés de pauvreté monétaire et d'insécurité alimentaire. L'instrument de protection sociale le mieux adapté à cet objectif est la création d'emplois par l'approche des travaux à haute intensité de main d'œuvre (THIMO), qui constitue déjà une des stratégies de la PNE. Cette approche contribuera à la réduction de la vulnérabilité non seulement dans le court terme par les paiements de salaires aux bénéficiaires mais aussi dans le long terme par la création, la réhabilitation et l'entretien d'actifs économiques et sociaux.

**Le défi principal est celui de transformer l'approche THIMO, jusqu'ici mis en œuvre à très petite échelle, en vrai programme national** avec des impacts larges en termes d'emplois et de réduction de la vulnérabilité.

**Cet axe de la Stratégie prend en compte aussi la nécessité d'accompagner l'expansion de l'approche THIMO par des aides directes sous forme de transferts sociaux aux ménages très pauvres sans capacité de travail** sous la forme d'une réforme profonde des actuels secours sociaux et par la mise en place de nouvelles stratégies de facilitation de l'accès des plus pauvres aux services de micro-finance.

#### 3.1 Travaux à Haute Intensité de Main d'Œuvre (THIMO)

**La Stratégie Nationale de Protection Sociale réaffirme l'engagement fort exprimé dans la PNE de «promouvoir de façon beaucoup plus large et plus organisée l'approche HIMO»** et partage l'ambition de la PNE d'utiliser les THIMO pour générer plus d'emplois à partir du programme d'investissement public et de «passer de projets et d'expériences ponctuels à une démarche systématique et largement répandue»<sup>4</sup>.

**Il est ainsi prévu d'étendre progressivement l'utilisation de l'approche HIMO en vue de créer des emplois à large échelle.** Dans le moyen terme le nombre d'emplois de cette nature passera de moins de 10.000 en 2012 à environ 200.000 en 2015.

**Les programmes HIMO cibleront plusieurs catégories de populations :**

- les ex-combattants, notamment dans la période post-conflit quand l'approche THIMO est un moyen privilégié de promotion de la réinsertion sociale et de consolidation de la paix, mais tout en permettant à d'autres catégories de personnes vulnérables de

---

<sup>4</sup> Politique Nationale de l'Emploi, Tome 1: Diagnostic et Orientations de Politiques, avril 2012, page 88.

bénéficier de ces programmes aux cotés des ex-combattants afin de ne pas mettre en relief leur ancien statut et de promouvoir leur intégration sociale ;

- les jeunes désœuvrés en milieu urbain où les taux de chômage et de sous emploi sont très élevés parmi les jeunes (voir le chapitre 1) ;
- les populations rurales en situation de pauvreté et d'insécurité alimentaire saisonnière, surtout dans les zones arides des savanes où la pauvreté est la plus répandue et la période de soudure particulièrement longue.

Les programmes THIMO promouvront en particulier la participation féminine, compte tenu des niveaux plus élevés de chômage et de sous-emploi chez les femmes, et ils prendront des dispositions spécifiques à cette fin y compris la mise en place de crèches pour les enfants des femmes employées.

**Pour les deux premières catégories, les emplois THIMO seront conçus comme des emplois «tremplin»**, fournissant des embauches temporaires (en moyenne de 6 mois) qui donnent aux bénéficiaires l'expérience de travail, augmentent leur employabilité (notamment par la formation sur le chantier) et dans certains cas leur permettent, par la promotion de l'épargne et de l'accès à la micro finance, de se lancer par la suite dans des activités génératrices de revenus (AGR). Les programmes HIMO devraient introduire des incitations à l'épargne, par exemple en requérant l'ouverture de comptes d'épargne dans les institutions de micro-finance (IMF), et accompagner les ouvriers en vue de faciliter leur accès aux opportunités de formation et de microcrédit.

**Pour les populations rurales les emplois créés en période de soudure seront de nature cyclique**, conçus pour sauvegarder les revenus des ménages bénéficiaires pendant une période saisonnière d'insécurité alimentaire allant de 2 à 6 mois par an, selon les zones.

**En termes économiques, les THIMO sont rentables en termes économiques et plus efficaces que les approches à haute intensité d'équipements dans une large gamme de domaines**, parmi lesquels :

- la construction, la réhabilitation et l'entretien de routes rurales, ainsi que l'entretien courant de routes interurbaines revêtues ou non ;
- l'entretien de voiries urbaines et la construction de trottoirs ;
- les travaux de drainage, d'assainissement et d'aménagement environnemental en milieu urbain (construction, curage et entretien de canaux, de caniveaux, etc., collecte et traitement d'ordures et de déchets solides, aménagement d'espaces verts, construction et gestion de latrines scolaires et toilettes publiques) ;
- les travaux de protection environnementale en milieu rural, y compris le reboisement, la construction des digues, l'aménagement de bas-fonds et des canaux d'irrigation de petite taille ;
- la construction de salles de classes et d'autres infrastructures sociales.
- La prestation de services communautaires (crèches, aides à domicile aux personnes âgées et handicapées, etc.)

**Les travaux réalisés par l'approche THIMO apporteront ainsi des bénéfices pour le développement économique et social au niveau des communautés, contribuant ainsi à la réduction de la pauvreté à long terme**, notamment en termes de désenclavement rural, de protection environnementale (d'importance primordiale dans les zones arides du Nord mais pertinentes même dans les zones humides) et d'amélioration des conditions d'assainissement et de santé publique. Les opportunités de mise en œuvre efficiente et rentable de l'approche THIMO sont aussi vastes que les besoins en termes de création d'emplois – les principales contraintes étant celles de la disponibilité des ressources financières et des capacités de gestion.

**La technicité de l'approche THIMO, malgré l'intensité de main d'œuvre non qualifiée, exige la mise en place et le développement de structures spécialisées de gestion.** Ce type de programme requiert des compétences techniques pour la préparation et l'analyse de projets de travaux publics, l'acquisition des matériels et équipements, et la gestion de la main d'œuvre, entre autres. L'approche THIMO a été mise en œuvre jusqu'ici à petite échelle par l'Agence d'Etudes et de Promotion de l'Emploi (AGEPE) et dans une approche un peu plus large dans le cadre de projets ponctuels financés par des PTF : des projets vivres-contre-travail et argent-contre-travail de l'Agence Nationale de Développement Rural (ANADER) et d'ONG appuyés par le PAM dans un cadre humanitaire et le volet THIMO des projets d'ajustement sectoriel des transports (CI-PAST) et d'Assistance Post-Conflict (PAPC) géré par l'Agence de Gestion Routière (AGEROUTE). Il sera étudié l'opportunité de créer une institution paraétatique spécialisée qui agit en partenariat avec les différents ministères concernés et les collectivités locales, et qui gère un portefeuille de projets de travaux publics à HIMO exécutés soit en régie à partir de ses propres capacités ou par des PME ou des ONG au moyen d'une procédure de maîtrise d'ouvrage déléguée.

**Les méthodes de ciblage seront raffinées afin de prioriser les plus pauvres et vulnérables.** Par la nature des travaux, seulement les pauvres sont intéressés aux emplois THIMO, ce qui permet, au moins en partie, un ciblage par auto-sélection. Néanmoins, dans un contexte de chômage/sous-emploi structurel et de pauvreté de masse, le nombre de postulants continuera à dépasser largement l'offre de ces emplois temporaires, nécessitant des mécanismes supplémentaires de ciblage.

**Les droits sociaux des employés THIMO seront protégés, notamment en termes de sûreté au travail et d'assurance sociale,** malgré le besoin d'alléger les dispositions du Code du Travail pour les rendre plus adaptées aux besoins particuliers des emplois temporaires créés par l'approche THIMO. Les modalités exactes seront définies ultérieurement. En ce qui concerne les salaires, ceux-ci devront être suffisamment élevés pour avoir des impacts significatifs en termes de protection sociale (réduction de la pauvreté monétaire et de l'insécurité alimentaire), tout en évitant d'introduire des distorsions dans le marché du travail ou d'inciter les populations rurales d'abandonner les travaux agricoles ; et devront être payés de manière régulière, afin d'assurer pleinement leur fonction protection sociale.

**Les travailleurs sociaux devraient accompagner les bénéficiaires pour assurer l'apport de programmes complémentaires et faciliter l'accès aux services sociaux de base.** Les ménages très pauvres bénéficiaires des programmes THIMO ont souvent besoin d'appuis dans d'autres domaines (l'accès à l'état civil, facilitation de l'accès à l'éducation, assurance maladie dans le cadre de la CMU/RAM etc.). Les centres sociaux, ONG et d'autres structures seront appelés à assurer cet accompagnement, qui sera facilité par le développement de mécanismes informatisés de gestion des bénéficiaires (voir Section 7).

### **3.2 Transferts sociaux aux personnes ou ménages en situation de haute vulnérabilité**

**Les secours sociaux feront l'objet d'une réforme pour mieux répondre aux besoins d'aide sociale.** L'actuel dispositif des secours sociaux, qui constitue le principal programme d'aide sociale actuellement en vigueur, est de portée extrêmement limitée, n'ayant que 220 bénéficiaires en 2011. Il est quasi insignifiant dans un pays de plus de 20 millions d'habitants dont presque la moitié vit en dessous du seuil de la pauvreté. Le cadre juridique des secours sociaux, à savoir le décret n° 67-524 du 28 novembre 1967 portant réglementation de l'octroi des secours sociaux, a été largement dépassé par les réalités sociales actuelles et manque de cohérence par rapport aux vrais besoins d'aides sociales. En fait, le régime actuel des secours sociaux est rendu inefficace par trois faiblesses majeures : (i) le manque de définition claire des objectifs des secours ; (ii) un cadre institutionnel inadapté, caractérisé par la lourdeur et la longueur de procédures ultra centralisées d'instruction de demandes individuelles, d'approbation des aides et de paiement des bénéficiaires ; et (iii) une enveloppe budgétaire qui est quasi dérisoire par rapport aux besoins.

**Il s'agit surtout de clarifier les objectifs assignés à ces secours et d'ériger des dispositifs adaptés aux besoins clairement définis.** Les objectifs des actuels secours sociaux sont ambigus (dépassant dans la pratique ceux mentionnés dans le décret n° 67-524) et manquent de cohérence, répondant à la fois aux besoins d'urgence et ponctuels (y compris dans les situations de catastrophe), aux besoins de «caractère durable» (c'est-à-dire aux besoins de personnes en situation de vulnérabilité chronique), aux besoins d'aide médicale (ou d'appareillage pour les personnes handicapées), aux besoins d'aide scolaire et aux besoins d'appui pour la mise en place d'AGR. Ces divers types de besoins sont de natures très différentes et requièrent ainsi différents types de réponses dans le cadre de programmes ayant des objectifs clairement définis. Les lignes directrices de cette réforme sont définies dans les paragraphes suivants.

**Un programme spécifique de secours d'urgence sera établi,** en partenariat entre le Ministère en charge des Affaires Sociales et l'Office National de la Protection Civile, et dans le cadre du plan ORSEC, avec des procédures souples et rapides pour répondre aux besoins immédiats (abri, alimentation, etc.) en situations d'urgence (déplacements de population, inondations, incendies, abandon d'enfants, etc.).

**Les aides médicales, les appareillages et les certificats d'incapacité seront pris en compte dans le cadre de la CMU au lieu du dispositif des secours sociaux.** La mise en place d'un mécanisme d'aides médicales en faveur des personnes en situation de pauvreté extrême (ou d'«indigence») est incluse dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) à travers son Régime d'Assistance Médicale (RAM) non contributive (voir Axes 2 et 4). Les modalités de mise en œuvre, y compris le mécanisme de ciblage, restent à définir. Le RAM sera appelé également de prendre en charge la prestation de services médicaux spécialisés, y compris les aides techniques et autres appareillages, aux personnes handicapées, compte tenu des vulnérabilités accentuées et des besoins spécifiques de cette catégorie de la population. Ce dispositif de gratuité en faveur des personnes handicapées inclura l'établissement de certificats d'incapacité.<sup>5</sup>

**Il sera étudié la faisabilité de la mise en place d'un programme de transferts sociaux monétaires aux ménages en situation chronique de pauvreté extrême et sans capacité de travail.** Ce programme, qui serait clairement séparé des secours d'urgence, serait conçu

<sup>5</sup> Ces certificats, qui sont requis pour avoir accès à certains programmes, coûtent 35 000 FCFA à l'heure actuelle et sont hors de portée de la majorité de ces personnes particulièrement vulnérables.

pour donner une réponse efficace et continue aux besoins des ménages hautement vulnérables qui sont incapables de bénéficier des programmes THIMO. Payés sur une base régulière et prévisible, les transferts permettraient à ces ménages de faire face à leurs besoins primaires (alimentation, santé, éducation, logement, eau et assainissement) sur une base durable tant que continue leur situation de précarité extrême. Les impacts positifs attendus au niveau des enfants vivant dans ces ménages (amélioration de la nutrition, de la scolarisation et de l'accès aux soins de santé, entre autres) contribueraient au développement du capital humain (voir aussi l'Axe 2 de la SNPS) et ainsi à la réduction des risques de pauvreté à l'âge adulte. L'opportunité d'introduire un élément de conditionnalité relative au comportement des bénéficiaires, comme moyen possible d'augmenter l'impact sur le développement humain, sera étudiée ultérieurement. Une attention particulière sera donnée aux méthodes de ciblage, qui pourraient s'appliquer à la fois aux travaux HIMO, aux aides médicales de la RAM et aux transferts sociaux monétaires (voir aussi Chapitre 7).

**Des transferts en nature seront utilisés à la place de transferts en espèces dans des contextes spécifiques justifiant une telle approche.** Les transferts seront effectués de préférence en espèces (y compris dans le cas des travaux HIMO) au lieu de transferts en nature (vivres par exemple), compte tenu du fait que les transferts en espèces donnent aux bénéficiaires une meilleure flexibilité (et responsabilité) de gestion de leurs dépenses pour répondre à leurs besoins divers et aussi pour éviter les distorsions des marchés locaux qui peuvent être induites par la distribution de vivres à large échelle (réduction des incitations aux producteurs agro-alimentaires locaux). Cependant, les transferts alimentaires se justifient dans quelques cas spécifiques, à savoir :

- Les urgences humanitaires<sup>6</sup> dans un contexte de dysfonctionnement ou de ruptures d'approvisionnement des marchés agro-alimentaires ;
- Les cantines scolaires comme incitation à la fréquentation scolaire (voir Axe 2) ;
- La prise en charge d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère ou modérée, qui requiert l'emploi d'aliments thérapeutiques ou fortifiés ;
- La prise en charge alimentaire des enfants hospitalisés (et de leurs mères accompagnantes) afin d'éviter le départ précoce des enfants et l'arrêt de leurs traitements ;
- L'amélioration de l'alimentation des femmes enceintes malnutries, par l'octroi de rations alimentaires fortifiées ;
- L'amélioration de l'alimentation des patients de SIDA malnutris sous traitement antirétroviral (ARV), par l'octroi de rations alimentaires fortifiées, afin d'assurer la réussite du traitement.

### **3.3 Accompagnement social des personnes vulnérables vers des opportunités d'autonomisation**

**Les travailleurs sociaux devront faciliter l'accès des personnes les plus pauvres et vulnérables, y compris les bénéficiaires des THIMO et de transferts sociaux, aux**

---

<sup>6</sup> Les aides humanitaires sont des transferts, mais pas forcément de nature protection sociale, compte tenu de leur nature ponctuelle en réponse aux crises et désastres (voir F. Ellis, S. Devereux et P. White, *Social Protection in Africa*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, Royaume-Uni, 2009, page 9).

**opportunités d'emplois, de formation et de micro-finance.** Il est primordial dans la mise en œuvre de l'axe 1 que des stratégies soient mises en place pour permettre à ces personnes de diminuer leur degré de précarité et de devenir aussi autonomes que possible. Ces stratégies, qui complètent les effets positifs de la stabilisation et de l'augmentation des revenus, incluent l'orientation vers des opportunités de formation, l'information et les conseils en matière de recherche d'emploi, et la facilitation de l'accès aux services de micro-finance en vue de promouvoir l'épargne et l'accès au microcrédit. Au niveau des structures responsables de l'action sociale, les travailleurs sociaux auront la tâche de faciliter l'accès aux institutions de micro-finance (IMF) et aux opportunités de formation des personnes vulnérables ayant des capacités et ambitions de développer des AGR, en vue de promouvoir leur autonomisation progressive. Cependant, toutes les personnes vulnérables ne peuvent pas avoir la capacité de devenir micro-entrepreneurs et, dans quelques cas (par exemple, les personnes pauvres à l'âge de la retraite) auront besoin d'appuis permanents.

**Des programmes de formation spéciale seront mis en œuvre pour des groupes vulnérables spécifiques.** Il s'agit notamment de continuer les appuis à la formation qualifiante des personnes handicapées à travers le Projet d'Accès et d'Appui des Personnes Handicapées à la Formation Professionnelle (PAAPHFP) de l'Agence Nationale de la Formation Professionnelle (AGEFOP). Par ailleurs, le Projet de Formation par Apprentissage (PFA) de l'AGEFOP continuera à appuyer la formation-insertion des jeunes déscolarisés. Les Instituts de Formation et d'Education Féminine (IFEFF) du Ministère de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MSFFE) offriront également des opportunités de formation aux filles déscolarisées, non scolarisées et analphabètes.

**L'Etat jouera un rôle de facilitateur de l'accès aux institutions de micro-finance privées.** Le rôle de l'Etat ne sera plus, à travers les secours sociaux, de financer directement (par des dons en faveur d'une petite poignée de bénéficiaires) la mise en place des AGR. Ce rôle incombe aux institutions de micro-finance (IMF), qui sont spécialisées dans la matière et qui se trouvent presque partout en Côte d'Ivoire, même dans les zones les plus reculées. Les programmes publics de promotion d'AGR, tels que le Programme Spécial d'Insertion des Femmes (PSIF), le Programme d'Insertion des Jeunes Ruraux (PIJR), le Programme de Création de Micro-Entreprise (PMCE) et le Projet d'Appui au Traitement Economique du Chômage (PATEC), appliqueront ainsi une approche de facilitation de l'accès aux opportunités de financement des AGR et aux opportunités de formation technique et en gestion. Par ailleurs, le Fonds National «Femmes et Développement» du MSFFE et le Fonds d'Appui aux Femmes de Côte d'Ivoire (FAFCI) du cabinet de la Première Dame de Côte d'Ivoire continueront leurs actions d'appui en faveur des initiatives d'autonomisation des femmes et du développement de l'entrepreneuriat féminin. Il sera par ailleurs étudié la faisabilité de la mise en place d'un fonds de garantie des microcrédits en faveur des plus pauvres **Les THIMO et les transferts sociaux monétaires peuvent constituer le premier rang d'une échelle conduisant vers la micro-finance et le développement des AGR.** Force est cependant de constater que les plus pauvres sont souvent mal placés pour profiter directement des opportunités de micro-finance pour le développement d'AGR, car la faiblesse de leurs ressources ne favorise pas généralement la prise de risque et les caractérisent comme de clients potentiels peu attrayants pour les IMF. Néanmoins, ces contraintes peuvent être réduites par la hausse des revenus résultant d'emplois dans des travaux HIMO ou de transferts sociaux. Grâce à ce type de programmes, les bénéficiaires peuvent commencer à faire de petites économies, souvent pour la première fois. Les gestionnaires des programmes et les travailleurs sociaux devront les inciter à ouvrir des comptes d'épargne auprès des IMF, pour promouvoir les économies et ouvrir la voie par la suite à des opportunités de microcrédit.

## 4 Axe 2 : Amélioration de l'accès aux services sociaux de base et de l'investissement dans le capital humain

Cet axe tient une place importante dans la Stratégie pour deux raisons essentielles. D'une part, les difficultés liées à l'accès aux services sociaux de base reflètent non seulement des défaillances au niveau de l'offre des services mais aussi des barrières qui affectent la demande et l'utilisation des services, surtout par les plus pauvres. Cette réalité exige des mesures de protection sociale, soit pour augmenter directement les revenus des plus pauvres (voir l'axe 1) soit pour réduire les frais ou autrement inciter à l'utilisation des services sociaux. D'autre part, ces mesures, en permettant un meilleur investissement dans le capital humain, contribuent à réduire la vulnérabilité à long terme et à briser la transmission intergénérationnelle de la pauvreté.

Les actions comprises dans cet axe incluent ainsi des mesures qui visent à améliorer l'accès, notamment financier, des ménages aux services de l'enseignement de base, aux services sanitaires les plus essentiels et à l'eau et l'assainissement.

### 4.1 Mesures d'amélioration de la scolarisation, du statut nutritionnel et de réduction de la déperdition scolaire

**Des mesures visant l'offre d'une part et la demande de l'autre sont nécessaires pour atteindre la scolarisation universelle au niveau primaire.** Le gouvernement s'est établi l'objectif de scolariser 95% des enfants d'âge scolaire primaire d'ici 2015 et d'atteindre la scolarisation universelle à ce niveau d'ici 2020. Compte tenu de l'accroissement rapide de la population de la tranche d'âges concernée, ainsi que la dégradation des infrastructures scolaires pendant les longues années de crises économiques et politiques, l'accomplissement de cet objectif requiert un effort énorme en termes de construction, de réhabilitation et d'équipement de salles de classes, de recrutement et de formation des enseignants.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue l'importance de mesures qui s'adressent aux barrières du côté de la demande. Il y a tout d'abord la problématique des frais directs et indirects de la scolarisation, qui pèsent surtout sur les ménages les plus pauvres et expliquent en grande partie les écarts importants dans les taux de scolarisation entre les quintiles (voir Tableau 1.1). On ne doit pas ignorer non plus les facteurs socioculturels qui, liés aux contraintes financières au niveau des ménages, conduisent aux taux plus faibles de scolarisation des filles, ou les multiples obstacles (socioculturels et de capacité d'encadrement) qui entravent la scolarisation des enfants en situation de handicap. Des mesures sont aussi requises pour s'adresser aux obstacles qui se présentent (notamment au niveau secondaire) en raison du faible taux de possession d'actes de naissance.

**La principale mesure de protection sociale dans le secteur de l'éducation est la politique de la gratuité dans l'enseignement primaire.** Les frais d'inscription sont abolis depuis 2001. Cette mesure est accompagnée par la distribution de manuels et kits scolaires à la quasi-totalité des élèves des écoles primaires publiques et sera étendue progressivement aux élèves des écoles primaires privées. Il sera étudié l'opportunité d'une extension de la gratuité aux frais d'examen, qui restent actuellement en vigueur à la fin du cycle primaire (CEPE).

**Le Gouvernement étudiera la faisabilité d'étendre la gratuité (des frais d'inscription, des manuels et des kits scolaires) au premier cycle de l'enseignement secondaire (c'est-à-dire jusqu'en 3<sup>ème</sup>) en vue de rendre tout l'enseignement de base plus accessible.**

Cet élargissement de la gratuité viserait la réduction des taux d'abandon scolaire et l'amélioration du taux de transition primaire-secondaire, qui reste très faible, minant l'efficacité interne du système d'enseignement ainsi que l'équité scolaire.<sup>7</sup>

**La réussite de cette politique dépend en grande partie de la compensation adéquate et opportune des écoles supportant la perte des revenus des frais d'inscription** afin qu'elles puissent continuer à financer leurs coûts courants de fonctionnement et d'entretien et ainsi ne pas être obligées à recourir à l'imposition de frais officiels ou illicites, qui risquent de pénaliser encore une fois les enfants des ménages les plus pauvres. Le mécanisme actuel d'octroi de subventions aux comités de gestion (COGES) des écoles, qui est censé jouer ce rôle de compensation, est le maillon faible de la politique de la gratuité. Il couvre moins de la moitié des écoles primaires publiques et est affaibli davantage par des décaissements partiels et tardifs.

**Des mesures seront prises pour améliorer les subventions aux COGES et ainsi la mise en œuvre effective de la gratuité.** Ces mesures incluront (i) l'extension des subventions pour couvrir la totalité des écoles primaires et préscolaires publiques (et éventuellement les écoles publiques du premier cycle du secondaire), (ii) la réforme des circuits de décaissement des crédits budgétaires afin d'assurer le décaissement complet et opportun des subventions, et (iii) le renforcement de la gestion financière au niveau des écoles.

**Les cantines scolaires seront renforcées comme moyen d'inciter la fréquentation scolaire, d'améliorer la performance scolaire et de réduire les déperditions scolaires au niveau primaire.** La Stratégie Nationale d'Alimentation Scolaire pour la période 2013-2017 priorise les zones d'intervention des cantines scolaires selon quatre indicateurs, à savoir le niveau d'insécurité alimentaire (mesurée par un score de consommation alimentaire), le taux brut de scolarisation primaire, le taux brut d'achèvement de l'enseignement primaire et la prévalence de la malnutrition chronique.<sup>8</sup> Ce ciblage géographique définit un ordre de priorité, par régions, allant de 1 à 4.<sup>9</sup> Dans ces zones, les capacités d'accueil des cantines seront accrues et leur fonctionnement amélioré afin de fournir un repas chaud à midi à tous les enfants tous les jours d'école ouvrables, soit 120 jours par an au lieu de la moyenne actuelle de 40 jours (dans les cantines gouvernementales). Il est prévu d'augmenter le nombre total de rationnaires de 863.637 en 2009/2010 à 1,24 millions en 2017.

C'est le lieu de rappeler qu'en Côte d'Ivoire, la malnutrition et les carences en micronutriments chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire sont des problèmes majeurs de santé publique. De plus en plus d'enfants sont exposés à la fois aux problèmes de surnutrition (surpoids, obésité et autres surcharges métaboliques) et de sous nutrition (carences en micronutriments, carences énergétiques). Ces problèmes entraînent une répercussion notable sur les capacités d'apprentissage et du rendement scolaire de ces

---

<sup>7</sup> Selon les données de la MICS de 2006, environ un quart des élèves qui atteignent la dernière classe de l'enseignement primaire (CM2) ne fait pas la transition à l'enseignement secondaire.

<sup>8</sup> Cependant, ces indicateurs pourraient être améliorés, notamment par l'utilisation du taux net de scolarisation primaire et des indices de pauvreté monétaire. La pertinence du taux de malnutrition chronique chez les enfants d'âge préscolaire (0-59 mois) comme indicateur pour le ciblage géographique des cantines scolaires est discutable.

<sup>9</sup> La zone de priorité 1 comprend les régions du Bafing, des Savanes et du Moyen Cavally. La zone de priorité 2 comprend les régions du Denguelé, du Worodougou, de la Vallée du Bandama, des 18 montages et du Bas Sassandra. La zone de priorité 3 comprend les régions du Fromager et du Zanzan et la zone de priorité 4 comprend le Haut Sassandra, la Marahoué, les Lacs, le N'zi Comé, le Moyen Comoé, le Sud Bandama, les Lagunes, l'Agnéby et le Sud Comoé.

enfants. A cet effet, un paquet d'activités essentielles en nutrition (PAEN) pour cette cible a été élaboré et doit être mis en œuvre pour aboutir à la labellisation des écoles amies de la nutrition. Il s'agit notamment du dépistage de la malnutrition, du déparasitage, de la fortification domestique, de l'éducation nutritionnelle et de la sensibilisation pour le manger-bouger. En outre, pour permettre aux élèves de bénéficier de tous les avantages nutritionnels au niveau des cantines scolaires, il est essentiel de former les rationnaires et communautés mobilisées autour des cantines (cantinières, gérants, conseillers, et femmes des groupements) aux bonnes pratiques nutritionnelles et à l'hygiène alimentaire. Le concept des écoles amies de la nutrition doit être promu en vue de développer les programmes intégrés d'éducation nutritionnelle dans les zones déjà ciblées dans la Stratégie Nationale d'Alimentation Scolaire.

**La stratégie de pérennisation des cantines suppose une forte contribution communautaire qui nécessite des réflexions plus approfondies.** Conformément à l'approche promue par le Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique depuis la fin des années 90, il est prévu de continuer à aider des groupements de production agricole et d'élevage au niveau communautaire à prendre progressivement en charge l'approvisionnement des cantines et ainsi d'assurer la pérennisation des cantines après le retrait à terme des aides des PTFs. Il est aussi prévu d'augmenter la «contribution financière communautaire» des rationnaires, sauf dans les cantines de la zone de priorité 1, tout en introduisant des bourses alimentaires pour les plus démunis.<sup>10</sup> Cependant, la Stratégie Nationale d'Alimentation Scolaire reconnaît que le rendement des groupements est faible, que le volontariat sur lequel cette approche se base connaît ses limites et qu'il apparaît «alors difficile de faire reposer la pérennisation des cantines scolaires sur les seuls groupements»<sup>11</sup>. Il est prévu de continuer à fournir des appuis à la production agricole en faveur de groupements féminins mobilisés autour des écoles ayant des cantines scolaires afin de tirer avantage de l'approvisionnement local (stimulation des marchés locaux, réduction des coûts, meilleure adaptation des repas aux habitudes alimentaires locales, etc.) au lieu de dépendre entièrement sur un système centralisé d'acquisition et de distribution (dépendant en partie des importations). Compte tenu des limites des groupements, il sera étudié l'opportunité d'adopter aussi d'autres modèles d'approvisionnement local tels que la passation de marchés au niveau communautaire avec des prestataires de services alimentaires.

**Des bourses alimentaires seront attribuées aux enfants des familles les plus démunies.** Cette mesure bénéficiera à environ 5% des rationnaires les plus pauvres. Il sera nécessaire d'établir des mécanismes efficaces de ciblage, qui risquent de poser des difficultés sérieuses, surtout dans les zones de priorité 1 à 3 où les taux d'insécurité alimentaire dépassent largement le seuil de 5%.<sup>12</sup>

**Les disparités de genre dans l'accès à l'enseignement exigent des mesures spécifiques de promotion de la rétention scolaire des filles.** Ces disparités s'accroissent progressivement selon les niveaux de l'enseignement, le ratio filles/garçons diminuant de 0,87 pour l'accès au primaire à 0,75 pour l'achèvement du primaire et à 0,70 pour l'accès au secondaire, selon les données de la MICS 2006. Au niveau du premier cycle du secondaire,

---

<sup>10</sup> Actuellement de 25 FCFA par jour, cette contribution sera portée à 50 FCFA en milieu rural et à 100 FCFA en milieu urbain dans les zones 2, 3 et 4.

<sup>11</sup> Paragraphe 4.9, Stratégie Nationale d'Alimentation Scolaire en Côte d'Ivoire, Direction Nationale des Cantines Scolaires, Ministère de l'Education Nationale, avril 2012.

<sup>12</sup> Dans les sept régions concernées, ce taux a varié de 13,2 à 29,9% selon des chiffres de 2009 cités dans la Stratégie Nationale d'Alimentation Scolaire (voir paragraphe 2.21).

une des réponses du MENET sera d'établir des collèges de proximité, notamment dans les zones ayant les niveaux de scolarisation des filles les plus faibles, pour éviter que les filles aient besoin de quitter leurs villages pour entrer en sixième. Au niveau CM du primaire, des rations sèches seront fournies aux filles à emporter à la maison dans des zones manifestant de fortes disparités de scolarisation selon le genre.

**Des actions supplémentaires seront prises pour éviter que le manque d'actes de naissance exacerbe l'abandon scolaire.** Malgré la prise de mesures d'urgence (ordonnance n° 2011-258 du 28 septembre 2011, prorogé d'un an en septembre 2012) pour faciliter l'enregistrement des enfants nés pendant les années de crise (voir Section 7), le taux de possession d'actes de naissance reste encore faible, en raison de l'affaiblissement des services de l'état-civil, créant des barrières administratives à la scolarisation et à la rétention scolaire. L'Inspection de l'Enseignement Primaire suit la mise en œuvre de la décision prise en 2011 de ne plus refuser l'inscription des enfants au CP1. Des attestations administratives d'identité scolaire sont émises comme documents alternatifs. Il sera poursuivi la recherche de mesures supplémentaires pour éviter que le manque d'extraits d'actes de naissance ne constitue pas un goulot d'étranglement pour l'accès aux examens de fin du primaire (CEPE) et pour l'inscription au niveau secondaire, et ainsi pour relever le taux de transition primaire-secondaire.

**La promotion de l'intégration des enfants handicapés dans les écoles ordinaires représente une alternative favorable pour l'accès de ces enfants à l'éducation.** En raison du droit de tous les enfants à une éducation, l'échec des rares expériences relatives à la promotion de la scolarisation des enfants handicapés doit être dépassé et les interventions réévaluées et réadaptées. Une politique nationale de l'éducation intégratrice en faveur des enfants handicapés doit être élaborée. Une telle initiative requiert non seulement un renforcement des capacités techniques du personnel enseignant, mais également toute une communication sociale appropriée visant à produire dans l'environnement familial et scolaire (parents, enseignants, élèves), les changements propices à la socialisation de l'enfant et à sa réelle intégration. Sa mise en œuvre doit s'accompagner de mesures administratives et législatives visant la facilitation de l'accessibilité des infrastructures, la participation des parents, la non stigmatisation et l'incitation à la promotion d'une telle initiative.

Il importe de souligner que la réussite de l'approche de l'éducation intégratrice ne dépend pas que de la qualité de l'offre d'intégration. Elle dépend également de la préparation de l'enfant par son milieu familial : résilience propre, dédramatisation du handicap, adaptation aux difficultés y afférentes, et valorisation des capacités de l'enfant. Un travail social préalable doit se faire (par les agents de la protection sociale spécialisée) avec les ménages ayant un enfant handicapé pour les informer et les accompagner dans cette démarche pour l'intégration scolaire de leur enfant.

## **4.2 Exemption ciblée du paiement des actes médicaux dans les établissements sanitaires**

**Les principaux bénéficiaires de l'exemption ciblée dans le secteur de la santé sont les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.** La mesure a été initialement mise en œuvre en tant qu'étape transitoire avant la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (voir axe 4). Elle suit la mesure d'exemption universelle du paiement des frais médicaux décrétée d'avril 2011 à février 2012 au sortir de la crise post-électorale. La circulaire 0731 MSLS/CAB du 27 février 2012 définit le champ d'application, les prestations et actes concernés, les tarifs applicables et les modalités de mise en œuvre et de gestion de

la mesure. Les détails des modalités d'exemption pourront au besoin être précisés par des circulaires ultérieures.

**La mesure d'exemption s'adresse aux «personnes démunies et non assujetties sociales», avec un ciblage préférentiel sur le groupe-cible mère-enfant**, notamment pour l'atteinte des OMD en ses points 4 et 5. Pour le couple mère-enfant, le paquet de bénéficiaires comprend : la prise en charge complète des enfants de moins de cinq ans ; l'accouchement, la césarienne, les complications et examens afférents (CPN, examens biologiques du bilan prénatal) ; l'exemption aux niveaux supérieurs en cas de référence en bonne et due forme.

**Certains bénéficiaires additionnels sont étendus à l'ensemble de la population** : exemption du traitement du paludisme après diagnostic biologique ; abattement de 30% pour les actes dont les tarifs sont supérieurs à 1000 CFA ; exemption du paiement des 48 premières heures en urgence médico-chirurgicale.

**Ces mesures s'ajoutent à d'autres mesures de gratuité dans le secteur de la santé, de plus longue date**, notamment pour les vaccinations incluses dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et, depuis 2008, pour le traitement du SIDA (et les procédures connexes telles que les tests du VIH). Le traitement de la tuberculose est partiellement gratuit.

**Mis à part leurs impacts attendus sur la santé des couches vulnérables, toutes ces mesures visent également à protéger le revenu des ménages concernés** via une réduction de leurs dépenses de santé et une accélération de la prise en charge dans les établissements sanitaires publics et conventionnés. Ces mesures visent à réduire l'incidence des dépenses catastrophiques de santé, au niveau des ménages, et à contribuer à rééquilibrer la composition des dépenses totales de santé, qui, selon les comptes nationaux de la santé de 2008, sont dominées par les dépenses des ménages (69% par rapport à 17% pour l'Etat et 13% pour les PTF).

**Le gouvernement mettra en œuvre une combinaison de stratégies convergentes pour renforcer la protection des femmes enceintes, des enfants de moins de cinq ans, des indigents et d'autres populations vulnérables contre les chocs socio-sanitaires.**

**Premièrement, les modalités de mise en œuvre de la gratuité ciblée seront revues et renforcées.** Il est reconnu que les modalités de mise en œuvre initiales ne permettent qu'une atteinte partielle des objectifs. Plusieurs mesures de renforcement seront mises en œuvre, notamment : la révision des modalités de financement avec un remboursement intégrant les médicaments (y compris une marge bénéficiaire) au lieu d'un approvisionnement en nature ; la réduction des délais de remboursement des établissements sanitaires ; et à terme l'intégration des bénéficiaires sous un régime assurantiel avec prime d'assurance intégralement prise en charge par l'Etat dans le cadre du Régime d'Assistance Médicale (RAM) de la CMU.

**Deuxièmement, des mesures complémentaires de renforcement du système de santé sont indispensables.** Le succès de l'exemption ciblée dépend intimement de la qualité des services de santé publics, parapublics, et communautaires conventionnés. Le financement s'effectue à travers un approvisionnement en médicaments en nature et le remboursement aux établissements sanitaires du paiement des actes médicaux prestés pour les bénéficiaires. Cependant, en pratique, la mise en œuvre de l'exemption ciblée rencontre des difficultés liées notamment à des retards dans les livraisons et le remboursement des prestations, aux faiblesses structurelles du système de santé et à une communication imparfaite.

Plusieurs mesures ayant un impact sur la disponibilité et la qualité des soins reçus par la population cible sont en cours ou sont prévues. Elles intègrent notamment : l'amélioration de l'approvisionnement public en médicaments au niveau national (réforme de la Pharmacie de Santé Publique engagée en 2012) ; des mesures financières et non-financières renforçant le professionnalisme et la motivation des agents de santé ; l'harmonisation et la standardisation des protocoles thérapeutiques et des examens complémentaires (examens biologiques et radiologiques) ; le rééquipement des infrastructures sanitaires, notamment en matériel d'évacuation et la régulation des tarifs pour les usagers non-éligibles aux mesures d'exemption.

**Troisièmement, la gratuité sera étendue à d'autres populations vulnérables.** Une fois que les circuits financiers de l'exemption ciblée sont mis en place, la politique d'exemption peut facilement s'étendre à d'autres populations vulnérables ne nécessitant pas de systèmes d'identification complexes. Il s'agit notamment de : personnes handicapées (notamment pour les appareillages) ; enfants de moins de 18 ans ayant besoin de soins à la suite de viols ou d'autres formes de violence ; enfants de moins de 18 ans privés d'assistance parentale ; personnes nécessitant un examen médico-légal pour déposer plainte suite à une agression sexuelle ou autre ; et personnes âgées.

**Quatrièmement, la gratuité des frais hospitaliers sera étendue à l'alimentation** pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et post-accouchement, afin d'éviter le départ précoce des hôpitaux en raison des coûts ; ce qui est particulièrement important pour diminuer la mortalité maternelle et néonatale et la mortalité chez les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère ou de paludisme grave.

#### **4.3 Mesures d'amélioration de l'accès des pauvres à l'eau et à l'assainissement**

**L'amélioration de l'accès à l'eau et à l'assainissement, qui est d'ailleurs crucial pour l'amélioration de la santé des populations et surtout pour la réduction de la mortalité infanto-juvénile, requiert elle aussi des mesures de protection sociale,** en plus des investissements dans l'offre des infrastructures et des services. Les problématiques de l'accès physique (disponibilité d'infrastructures et de services) et de l'accès financier (prix accessibles aux plus pauvres) sont étroitement liées.

**La politique de tarification sociale de l'eau vise à protéger les ménages pauvres en milieu urbain.** Depuis de nombreuses années la Société de Distribution d'Eau de la Côte d'Ivoire (SODECI) applique une politique de tarification qui, par le biais d'un système de subventionnement croisé, vise à faciliter l'accès des ménages moins aisés à l'eau du réseau urbain. Le tarif «social», qui est subventionné par les ménages de consommation plus élevée, est appliqué aux ménages qui consomment moins de 18 m<sup>3</sup> par mois. En outre, depuis 1987, le coût du branchement au réseau est fortement subventionné pour les ménages ayant moins de 4 robinets, qui, en 2012, payaient 19.000 FCFA pour le branchement au lieu du prix normal de 169.000 FCFA.

**Des mesures supplémentaires seront étudiées en vue de rendre l'accès à l'eau équitable et plus abordable pour les pauvres en milieu périurbain.** Les mesures prises jusqu'ici ont permis à un nombre important de ménages de la classe moyenne urbaine de se brancher au réseau de la SODECI. Cependant, bien que fortement subventionné, le coût d'abonnement reste hors de portée des ménages à revenu faible. Ces derniers continuent à s'approvisionner soit aux bornes fontaines où le tarif pratiqué est environ deux fois plus élevé que celui de la tranche sociale du réseau, soit auprès de vendeurs privés, encore plus

chers. Le Gouvernement étudiera des pistes de solution à cette situation inéquitable qui pénalise les plus pauvres:

1. Une première option est de mettre en place un système de préfinancement des coûts d'abonnement, par un fonds d'appui aux branchements des ménages, lié à un mécanisme d'épargne auprès des institutions de micro-finance (IMF) et de remboursement progressif au fonds d'appui.<sup>13</sup>
2. Une deuxième option, potentiellement complémentaire de la première, est de renforcer le mécanisme de subventions croisées afin d'aligner le tarif pratiqué aux bornes fontaines à celui de la tranche sociale de l'eau du réseau.

**La gratuité de l'eau s'applique dans les petits villages.** Le gouvernement applique la gratuité de l'eau, depuis octobre 2012, dans les petits villages où les puits sont munis de pompes manuelles. La réussite de cette politique favorable aux populations rurales dépendra de la qualité des mesures d'accompagnement, notamment en ce qui concerne la gestion des puits et la rapidité de réparation de pompes en pannes, qui est dorénavant financée par une ligne budgétaire du Fonds de Développement de l'Eau. Dans les plus grands villages, dotés des systèmes motorisés de l'hydraulique villageoise améliorée (HVA), où les coûts de fonctionnement et d'entretien sont plus élevés, l'eau est toujours payante et plus chère qu'en ville. Cela nécessite une réflexion plus approfondie sur des options de mesures potentielles qui pourraient permettre une meilleure équité tout en assurant l'efficacité et la pérennité des infrastructures qui posent déjà des défis, compte tenu des difficultés de mobilisation des ressources financières pour faire face aux pannes. Ces options pourraient inclure la mutualisation de l'exploitation de l'hydraulique rurale, pour permettre le partage des risques à large échelle et obtenir des économies d'échelle, et des partenariats avec des IMF.

**Les niveaux très faibles d'accès à l'assainissement, qui posent de graves menaces à la santé, notamment des enfants, s'expliquent à la fois par des facteurs socioculturels et financiers.** Le manque de responsabilisation des populations dans l'amélioration de l'assainissement est vu comme la principale contrainte et a conduit à une politique («assainissement total piloté par la communauté») qui met l'accent sur la responsabilisation des communautés afin d'appuyer un changement durable de comportements. Le succès de cette approche en Côte d'Ivoire et ailleurs fait espérer que du progrès dans l'utilisation des installations améliorées, surtout en milieu rural, est possible. Néanmoins, cette approche devrait être accompagnée par des mesures comme le 'Marketing d'Assainissement', qui vise à rendre disponible, à un prix abordable, des produits d'assainissement et d'hygiène (dalles de latrines, mais aussi le savon).

**L'approche THIMO est bien adaptée aux besoins d'amélioration du système d'assainissement urbain,** créant ainsi un fort lien potentiel avec l'axe 1 de la Stratégie. Des THIMOS peuvent être utilisés pour le ramassage des ordures et la collecte des déchets ménagers, ainsi que pour le nettoyage des caniveaux et des avaloirs.

---

<sup>13</sup> Voir T. Gagne, A. Koffo, R.B. Ohinico et I.S. Doh « Etude de la capacité des ménages pauvres à bénéficier des services d'eau potable », *Bioterre, Rev. Inter. Sci de la Vie et de la Terre*, n° spécial, 2002.

## **5 Axe 3 : Accompagnement des groupes vulnérables dans la prévention et la réponse aux risques d'abus, violences, exploitation, discrimination et exclusion**

**Les risques de violences, d'abus, d'exploitation, de discrimination et d'exclusion, sont répandus dans la société ivoirienne.** Comme il a été mis en relief dans la Section 1.2, les risques les plus courants de cette nature incluent les violences domestiques (violences sexuelles et conjugales, viols, etc.), la maltraitance et les abus sur des enfants (punitions physiques, négligence, excision, mariage précoce, traite, pires formes de travail), les abus sur des veuves (spoliation de biens, rites de veuvage, lévirat etc.), et l'exclusion et la maltraitance des personnes âgées ou des personnes vivant avec un handicap (négligence, privations, abandon). La lutte contre ces risques est au cœur de l'action sociale.

Ces situations renvoient de façon transversale aux problématiques ou risques sociaux suivants, auxquels l'action sociale se doit d'apporter une réponse :

- L'exclusion économique et le manque d'accès aux services sociaux de base ;
- Les dysfonctionnements familiaux et communautaires ;
- La violence interpersonnelle ;
- L'exploitation dans les pires formes de travail ;
- Les pratiques traditionnelles néfastes ;
- Les comportements à risque, en particulier de la part des adolescents et des jeunes ;
- La stigmatisation et la discrimination à l'encontre de certaines personnes et/ou groupes sur la base de leurs caractéristiques individuelles ;
- L'abandon, l'isolement et la précarité extrême consécutifs à la rupture des liens familiaux et communautaires ;
- La crise humanitaire (fonction complémentaire).

**L'action sociale est une composante essentielle de la protection sociale.** Elle se définit comme l'ensemble des dispositifs législatifs et réglementaires de même que des actions conçues, planifiées et mises en œuvre avec le concours de travailleurs sociaux en vue de la prévention de ces risques, de la résolution des problèmes qui découlent de la matérialisation de ceux-ci et de la promotion de solutions durables, notamment par le renforcement des capacités.

**L'action sociale se traduit en interventions directes d'accompagnement des communautés, des familles et des individus les plus vulnérables.** Les interventions directes conduites par les travailleurs sociaux impliquent la mise en place d'une relation interpersonnelle avec ces personnes, familles et communautés, y compris par l'écoute des intéressées et par la recherche de réponses appropriées à leurs besoins. L'action des travailleurs sociaux vise aussi à aider les plus vulnérables à renforcer leurs connaissances et leur capacité de s'organiser, de s'exprimer, de se protéger et de profiter des opportunités de développement.

**L'action sociale visera en premier ressort à réduire la vulnérabilité aux risques sociaux par des mesures préventives et par la facilitation de l'accès aux services sociaux de base et des programmes d'amélioration du niveau de vie.** Cette «action sociale de base» permettra de réduire l'ampleur et la gravité des risques sociaux qui naissent de la pauvreté et des pratiques socioculturelles néfastes. Par ses actions de référencement et de facilitation de l'accès aux services (état civil, santé, éducation, justice,

transferts sociaux, THIMO, etc.), l'action sociale réduira les risques d'exclusion sociale et renforcera les mesures envisagées par les autres axes de la SNPS.

**Un deuxième niveau de réponse, dit «action sociale spécialisée», visera la protection des personnes très exposées aux risques graves de violences, d'abus, d'exploitation, de discrimination et d'exclusion, c'est-à-dire des personnes en situation de vulnérabilité aiguë.** La réponse visera notamment les enfants exposés ou victimes de violations de leur intégrité physique et psychologique, et toute autre personne victime ou à risque de violence, de forme grave de discriminations ou de précarisation extrême, en particulier les femmes, les personnes porteuses de handicap et les personnes âgées. **Ces services de protection spécialisée jouent un rôle complémentaire à l'action sociale de base.** La protection spécialisée, du fait de la spécialisation nécessaire des personnels et de la durée de la prise en charge, est un service plus coûteux que l'action sociale de base. Dans ce sens, il est important d'investir au premier chef dans l'action sociale de base, notamment dans les activités préventives, pour éviter que la protection spécialisée ne doive prendre en charge un nombre élevé de cas.

**La SNPS intègre les cadres de référence déjà fournis par plusieurs documents de politique (approuvés ou en cours d'approbation) traitant de la protection de diverses catégories de population en situation de vulnérabilité aiguë.** Ces documents incluent le projet de Politique Nationale de Protection de l'Enfant, la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences basées sur le Genre, le Plan National d'Action contre la Traite et les Pires Formes de Travail des Enfants, le Document de Politique Nationale pour les Soins et Soutien aux Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/SIDA, le Plan Stratégique National de Prise en Charge des OEV, la Déclaration de Politique Nationale en faveur des Personnes Handicapées, le Plan Stratégique National de Réadaptation à Base Communautaire et les documents de base pour la Politique Nationale en faveur des Personnes Agées. Ce cadre politique sera davantage renforcé par des propositions, actuellement en cours de formulation, pour une restructuration des services d'action sociale.

**L'axe 3 articule une stratégie équilibrée de prévention, de prise en charge et de promotion (les «3 P»).** La mise en œuvre d'une stratégie de protection contre les violences, les abus, l'exploitation, les discriminations et l'exclusion, en complément des dispositifs sécuritaires et judiciaires développés par d'autres secteurs compétents, requiert une forte implication des services de l'action sociale pour la prévention des risques, la prise en charge des victimes et la promotion de solutions durables par le renforcement des capacités des personnes et ménages en situation de vulnérabilité aiguë. En outre, ces services ont besoin de renforcement par l'amélioration de leur cadre juridique et institutionnel, le développement des capacités et l'octroi de ressources adéquates pour l'accomplissement de leur mission.

## **5.1 Mesures d'action sociale de base : prévention des risques et promotion de l'inclusion sociale**

### **Information, sensibilisation et conscientisation pour le changement de comportement**

**L'action sociale de base vise tout d'abord à réduire les risques sociaux au moyen de la conscientisation et la sensibilisation des communautés et des institutions.** Il s'agit de sensibiliser les populations à travers les institutions sociales au niveau communautaire (écoles, centres de santé, etc.), les groupes socioprofessionnels (magistrats, enseignants, personnel sanitaire, police, gendarmes, etc.) en contact direct avec les personnes en situation de haut risque, et aussi d'exploiter le potentiel considérable d'information et d'enseignement des médias à l'égard du grand public. Il faut une communication sociale

visant le changement des perceptions et des attitudes afin de réduire les pratiques néfastes, d'augmenter la capacité d'indignation face aux abus et de promouvoir la connaissance des voies de secours et de recours, de même que les procédures de référence à la loi (par exemple, l'obligation de porter secours et de dénoncer tout acte de violence ou d'abus). Cette communication s'appuiera principalement sur les médias, notamment, les radios communautaires, les affichages et la télévision ; elle sera également élargie à une forte implication des responsables politiques, des institutions de la République (y compris le parlement), et des réseaux de professionnels et de la société civile (ONG, confessions religieuses, associations, etc.).

**La communication et la sensibilisation des populations sur les comportements et les pratiques favorables au bien être individuel et collectif sont une fonction de base des travailleurs sociaux dans le cadre de leurs interactions avec les populations.** Toute une série de risques sociaux majeurs affectant la situation des enfants, des personnes âgées, des femmes, des personnes handicapées et d'autres personnes en situation de haute vulnérabilité, pourraient être évités ou leur impact amoindri si les personnes étaient conscientes de leurs conséquences et savaient comment les éviter.

Par conséquent, l'action sociale de base mettra en place des actions efficaces d'information et de sensibilisation des communautés sur les pratiques positives de la vie familiale et communautaire et sur les impacts négatifs de certaines pratiques habituelles et/ou traditionnelles. Elle vise à renforcer le tissu familial, à améliorer le soin des enfants et à assurer le respect de la femme, de la personne âgée et de la personne porteuse de handicap. **Elle ciblera chacune des normes ou pratiques communautaires néfastes, acceptées ou tolérées** notamment les mutilations génitales féminines (MGF), la maltraitance des veuves, le mariage précoce, les châtiments corporels, les violences conjugales, les pires formes de travail des enfants, les discriminations et négligences envers les personnes handicapées ou âgées, et toutes les autres formes d'abus, de violence, et d'exclusion sociale.

L'action sociale de base a une mission d'importance primordiale dans la prévention de toute forme de violence, abus et exploitation qui touche les enfants, compte tenu de la vulnérabilité accentuée qui découle de leur situation d'immaturité physique et psychosociale et de leur état de dépendance sur les adultes. Par ses actions de sensibilisation, le travail social conduira à l'émergence endogène d'un environnement propice à la protection communautaire des individus contre les risques cités ci-dessus, y compris ceux basés sur le genre ou ancrés dans les cultures.

**Un rôle important sera assigné aux structures associatives et communautaires.** Les activités communautaires de prévention des violences, abus, exploitations, discriminations et exclusions devront s'appuyer sur des associations locales ou des relais communautaires, notamment pour la conduite de séances d'information et de communication pour le changement de comportement. Le système d'action sociale, au titre de sa vocation transversale, interviendra aussi auprès des autres structures locales (écoles, centres de santé, etc.) pour promouvoir la communication à travers ces structures sur les droits, les risques, leurs causes et leurs conséquences, de même que sur les procédures de référencement vers les services spécialisés. L'implication des hommes dans les activités de prévention des violences basées sur le genre est particulièrement importante.

**Il s'agira également de renforcer les services d'action sociale de base dans leur rôle d'écoute et de conseil auprès des familles** afin qu'elles identifient les facteurs de risque de manière précoce et développent une communication interpersonnelle préventive auprès des ménages et personnes exposées à ces risques.

## **Animation communautaire / promotion du développement local**

**L'action sociale de base comprend aussi un volet d'animation communautaire qui vise le renforcement de l'organisation communautaire.** Il s'agit d'accompagner les groupes cibles dans la recherche de solutions innovantes aux problèmes ressentis/vécus par les communautés, sur le renforcement des capacités d'initiative, et sur la dynamisation des compétences et des potentialités des populations. L'animation communautaire va au-delà de la mission d'information et de sensibilisation décrite ci-dessus. Elle utilise des méthodes de mobilisation des communautés qui puissent déboucher sur des actions concrètes de petite envergure, complémentaires aux mesures plus amples de développement par les grands projets. Ces initiatives répondent ponctuellement à des besoins pressants des communautés en ce qui concerne leur cadre de vie (entretien des espaces communs, installation et gestion de petites infrastructures et équipements, organisation d'espaces de loisirs et activités sportives pour les enfants, organisation de groupes de jeunes) et leur capacité économique. Les travailleurs sociaux facilitent l'accès éventuel à des aides techniques et financières.

## **Accompagnement et référence pour faciliter l'accès des usagers des structures aux services sociaux de base et de protection sociale**

**Les services d'action sociale de base devront aussi répondre aux demandes ponctuelles d'aide. Les individus et les familles confrontés à des situations problématiques du fait de contingences ou fragilité accrue devront pouvoir s'adresser aux services d'action sociale pour une réponse adaptée. Le système facilitera l'accès aux services sociaux de base et aux programmes de protection sociale.** Les travailleurs sociaux auront la mission de fonctionner au sein des communautés en tant que promoteurs et facilitateurs de l'accès des personnes aux services sociaux (voir l'Axe 2) et aux prestations de protection sociale (notamment celles de l'Axe 1), par l'accompagnement des personnes dans les démarches à suivre et la référence organisée aux services et programmes disponibles. Il est fondamental que les services d'action sociale entretiennent des relations étroites avec les services disponibles dans une localité donnée et facilitent la constitution d'un réseau de «ressources locales» qui fonctionnent de manière articulée et dont ils sont le pivot central.

**Dans les régions peu couvertes par les services de l'action sociale de base, les interventions proposées seront relayées par les associations et ONG accréditées et par les services sociaux des collectivités locales,** dont il sera indispensable de renforcer les capacités techniques et opérationnelles.

## **5.2 Mesures de protection spécialisée : prise en charge et promotion**

**La protection spécialisée constitue une modalité spécifique de l'action sociale.** Elle a pour objectif d'assurer la mise en place d'une réponse adéquate à toute personne, en situation de vulnérabilité aiguë risquant fortement de subir et/ou ayant subi des violences, des abus, de l'exploitation et des discriminations.

**Il s'agit d'assurer un système de prise en charge individualisé et personnalisé** pour répondre aux besoins des victimes de violences, d'abus, d'exploitation et de discrimination lorsque ces chocs surviennent, ou pour sauvegarder ceux qui sont à risque élevé de devenir victimes de ces types de violations de leurs droits. Les personnes ayant subi une violation, en particulier s'il s'agit d'un enfant, souffrent des traumatismes qui provoquent des dommages importants au niveau personnel et requièrent des interventions spécialisées. Les services d'action sociale spécialisée ont pour fonction d'organiser et suivre la réponse

adaptée à chaque victime jusqu'à sa réhabilitation. Ils devront ainsi selon les besoins, faciliter l'accès des victimes aux services compétents de la santé et de la justice d'une part, et référencer les victimes en voie de réhabilitation vers les services d'action sociale de base au niveau communautaire, d'autre part. Il est également crucial de mettre en œuvre des mesures de promotion visant à sortir ces personnes de leur situation de vulnérabilité aiguë sur une base durable. Les processus d'assistance aux victimes d'abus visent à assurer la suppression des risques/dangers et leur ré/insertion familiale et sociale dans des conditions de sécurité et de bien être et ce dans la durée. Selon les cas, elles seront aussi orientées vers des programmes de soutien économique et/ou de formation.

### **Détection des cas de violation**

**La détection et le signalement des cas sont les préalables indispensables pour l'exercice des secours et des recours.** Il s'agit d'identifier la victime, de porter son cas à la connaissance des services compétents, d'évaluer le préjudice et les besoins de réparation. A cet effet, il convient de définir les procédures y afférentes et de veiller à ce que les acteurs en charge de les appliquer soient en mesure de le faire en toute responsabilité et avec toute la transparence requise.

**Renforcer la détection et le signalement des cas de violation est une tâche fondamentale de l'action sociale.** Face à cette situation, il devient indispensable de mener des actions pour i) renforcer la perception des incidents qui constituent des violations graves du droit des personnes à l'intégrité physique et psychologique, ii) assurer le signalement de la part de la population en général, des intervenants sociaux et de tout fonctionnaire en particulier aux services sociaux de tout cas de violation, et iii) faciliter le recours des victimes aux services par la diffusion d'informations relatives au signalement et aux services disponibles pour l'assistance aux victimes.

Etant donné la faible capacité des victimes de saisir les structures compétentes pour accéder aux services appropriés de protection, il importe que des dispositions idoines soient prises pour encourager le public à signaler à la justice les cas rencontrés, constatés ou portés à la connaissance, puis susciter l'auto-saisine systématique des juridictions compétentes. Les cas suivis doivent être documentés par les acteurs assurant la prise en charge des victimes.

### **Gestion des cas de violation**

**Tout cas de violation met en scène une situation particulière qui doit être d'abord reconnue en tant que problématique d'ordre social.** A la suite de tout signalement ou détection, les travailleurs sociaux chargés de la protection spécialisée ont l'obligation de s'occuper du cas. Tout cas de protection spécialisée donne lieu à l'ouverture d'un processus de prise en charge/accompagnement qui ne parviendra à son terme qu'avec la mise hors de danger, la stabilisation émotionnelle et la normalisation des conditions de vie de la personne. L'outil central de la gestion des cas de protection spécialisée est la médiation familiale, qui se propose de reconstituer les liens et une dynamique familiale saine.

**La protection spécialisée entretient des relations intrinsèques avec les services médicaux.** Les victimes de violences et d'abus ont souvent besoin d'une prise en charge par le personnel de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, chirurgiens, spécialistes de la rééducation) à travers les structures sanitaires. Les structures sanitaires, en plus de fournir les soins d'urgence aux victimes, sont chargées de détecter les cas d'hospitalisation suite à un épisode de maltraitance ou abus, afin que les structures spécialisées puissent intervenir. Le protocole de prise en charge des victimes de violence sexuelle prévoit déjà un paquet

minimum pour la prise en charge médicale, y compris les antirétroviraux (ARV) et les kits de prophylaxie post-exposition (PEP kit) dans les centres de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Mais ce matériel n'est pas toujours disponible dans ces structures de référence. Le test VIH et les ARV sont dispensés gratuitement alors que les autres composants du kit notamment le test de grossesse, le traitement des IST et les examens médicaux requis sont à la charge de la victime et souvent ne sont pas accessibles (voir aussi l'Axe 2). D'autres volets des standards minimaux de prise en charge médicale restent à développer.

**La protection spécialisée entretient également des liens fonctionnels avec les services de justice.** Dans de nombreux cas, la protection spécialisée, pour être véritablement efficace, exigera que les auteurs de violences, d'abus et d'exploitation soient sanctionnés par la justice. La lutte contre l'impunité est une condition fondamentale pour un véritable Etat de droit pour tous et aide à renforcer les normes sociales de rejet de ces violations des droits. En plus, la poursuite des auteurs présumés et une procédure judiciaire qui répond aux attentes des victimes peuvent avoir une influence positive dans son processus de reconstruction. Pour cela, les services de protection spécialisée ont la tâche de favoriser l'accès des justiciables aux services de justice dans les cas prévus par la loi, en leur dispensant un conseil juridique de base et en les orientant, dans la mesure du possible, vers une assistance juridique et judiciaire appropriée. Les travailleurs sociaux en charge de la protection spécialisée ont la responsabilité de transmettre aux autorités judiciaires tout cas de violence et d'abus par le biais d'un signalement formel (écrit) pour qu'elles prennent des mesures appropriées .

**Des procédures spécifiques sont requises pour la protection des enfants en danger.** La protection des enfants en situation de risque consiste prioritairement en une réponse sociale qui vise à restaurer les compétences parentales de protection. Dans le cas où l'enfant se trouve en danger, le recours à la justice est exigé pour la prise de mesures de protection. Les travailleurs sociaux ont la responsabilité de saisir alors formellement les autorités judiciaires qui sont les seules habilitées à décider du placement de l'enfant soustrait à une situation de danger et/ou victime d'abandon.

**Le système d'action sociale spécialisée doit être basé sur un partenariat institutionnel efficace,** capable de favoriser la coordination et la complémentarité des différents intervenants (action sociale, sécurité, justice, santé, éducation) et de garantir la continuité dans l'accompagnement des individus en vulnérabilité aiguë. Les différents intervenants collaborent avec les autres structures et constituent le «système» mis en place pour répondre à un besoin porté par un cas spécifique. Cette collaboration des services sociaux avec les autres intervenants est fondamentale dans tout processus de prise en charge et d'accompagnement des individus concernés. La mise en place de ce système holistique et plurisectoriel est une tâche prioritaire pour les services sociaux qui devront y jouer un rôle de leadership et de coordination.

### **5.3 Renforcement du cadre juridique et institutionnel de l'action sociale**

**Les faiblesses d'ordre juridique, institutionnel, organisationnel, financier et en matière de ressources humaines qui minent l'efficacité de l'action sociale<sup>14</sup> requièrent une attention particulière.** Malgré de nombreux progrès réalisés dans le renforcement du système national d'action sociale, il est indispensable de redynamiser le secteur en profondeur, d'adapter les réponses à un contexte en mutation et, partant, d'apporter des

<sup>14</sup> Voir l'état des lieux de la protection sociale, pages 68-74.

améliorations à l'ensemble des moyens nécessaires à une mise en œuvre efficace des interventions auprès des populations.

**Une réglementation de l'action sociale devrait établir un système unifié qui ait la fonction de gestion de la protection sociale non contributive.** Elle devrait fixer un niveau de base pour la couverture des programmes et services de la protection sociale non contributive, définir des mesures à même de garantir l'accès aux plus vulnérables et assurer l'articulation avec les autres secteurs impliqués dans les politiques sociales (voir aussi la Section 4).

**Une deuxième priorité d'ordre juridique concerne le renforcement de la législation protectrice.** Dans le cas particulier de la lutte contre les violences, le renforcement des mesures législatives protectrices mettra l'accent sur l'obligation de signalement et sur l'obligation d'assistance sociale et judiciaire. Certaines interdictions prévues dans le Code Pénal doivent être renforcées, en particulier pour réprimer la violence sexuelle. Des amendements au Code de la Famille devraient protéger les enfants contre la discrimination par la suppression du statut de l'enfant adultérin. La ratification de la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées permettra de renforcer la protection des droits et la mise en place de mesures concrètes de promotion des personnes porteuses de handicap.

**Il est important de disposer d'une politique globale d'action sociale.** Cette Politique fixerait les priorités assignées à l'action sociale et ferait état des choix stratégiques et de modulation de la réponse en fonction du contexte. La Politique devrait promouvoir une approche intégrée et systématiser les politiques catégorielles (personnes âgées, personnes porteuses de handicaps) et politiques spécialisées (protection de l'enfant, lutte contre les violences basées sur le genre).

**Le cadre institutionnel de l'action sociale devrait être unifié.** Les programmes, structures et services d'action sociale devraient être organisés de manière à former un ensemble unique et intégré, géré par un département ministériel unique, soutenu par la définition et la répartition des fonctions, interconnecté par des liens fonctionnels et articulé avec les autres secteurs des politiques sociales. Une charte de bonne gouvernance devrait orienter la gestion, la pratique et la mise en œuvre de l'action sociale. Le système national de protection de l'enfant sera conçu comme un secteur d'action sociale spécialisée, coordonné par les structures de l'action sociale et fonctionnant en étroite collaboration avec les structures concernées au sein des secteurs de la sécurité, de la justice, de la santé et de l'éducation.

**Le renforcement de l'efficacité du dispositif opérationnel de l'action sociale requiert des actions importantes pour le renforcement des capacités :**

- **Réforme et renforcement organisationnel des structures de l'action sociale.** La révision des mandats et la reconfiguration des structures opérationnelles responsables de l'action sociale fait partie des hautes priorités. Elle portera sur la clarification des domaines de compétence des différentes structures et la définition de cahiers de charges, de standards et de paquets de services. Les centres sociaux feront l'objet d'une attention particulière comme structures intégrées de travail social proches des communautés. La mise en place effective de procédures d'accréditation, de normes et standards de fonctionnement, de contrôle et de suivi pour les institutions d'accueil (pouponnières, orphelinats, centres de transit, etc.) sont aussi prioritaires.

## ***Stratégie Nationale de Protection Sociale***

- **Renforcement des ressources humaines.** Il sera opéré, avec l'appui de mesures incitatives et le recrutement de nouveau personnel pour une couverture plus large du territoire, un redéploiement rationnel du personnel, qui est actuellement concentré de manière déséquilibrée dans le Sud et dans les grandes villes. En outre, une attention particulière sera donnée à la révision des profils des travailleurs sociaux et au renforcement de leurs capacités techniques, en adéquation avec les nouveaux défis de la protection sociale. Il s'agira de réviser et d'améliorer les curricula de la formation initiale fournie par l'Institut National de Formation Sociale (INFS) et d'organiser des sessions de formation continue au profit des travailleurs sociaux déjà en activité.
- **Mise en place de systèmes de coordination, gestion d'information, suivi et évaluation.** La mise en place d'un système intégré de collecte et de gestion de données et de mécanismes de coordination des interventions, de planification et de suivi adaptés est indispensable pour augmenter l'efficacité du système d'action sociale.
- **Renforcement des infrastructures.** Compte tenu de la dégradation des établissements de l'action sociale pendant les années de crise et de la couverture inégale du territoire, des investissements importants seront programmés pour la réfection et l'équipement des établissements délabrés, la construction de nouvelles infrastructures dans les zones desservies, et la reconversion de certaines infrastructures dont la vocation initiale est tombée en désuétude.
- **Déconcentration de la gestion financière.** Les structures responsables de l'action sociale à la base (centres sociaux etc.) seront dotées de budgets propres et ainsi intégrées dans le système de gestion des finances publiques, afin d'assurer que ces structures puissent mettre en œuvre leurs mandats et assurer ainsi des réponses rapides et efficaces aux problèmes dans leurs communautés.

## 6 Axe 4 : Atteinte progressive de niveaux plus élevés de protection sociale

L'axe 4 va au-delà du socle de protection sociale pour mettre en place et développer progressivement des mécanismes de protection sociale, essentiellement contributifs, qui fournissent à leurs adhérents des niveaux plus élevés de protection sociale. Il s'agit tout d'abord de consolider les systèmes existants de protection sociale contributive pour les travailleurs du secteur formel, par la mise en œuvre de réformes paramétriques et institutionnelles. Il s'agit ensuite de relever le défi d'étendre la sécurité sociale aux travailleurs indépendants et aux secteurs d'activités non formels. Dans un premier temps, les bénéficiaires seront majoritairement des ménages plus aisés, en raison des contraintes de capacité contributive des ménages pauvres et des difficultés administratives d'extension des systèmes contributifs aux travailleurs exerçant dans le secteur informel. Cependant, il est prévu d'élargir progressivement la couverture de ces populations, notamment par la mise en place par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) d'un régime de sécurité sociale pour travailleurs indépendants et, dans le cas de l'assurance maladie, par la création du régime général de base de la CMU.

### 6.1 Consolidation des systèmes de sécurité sociale dans le secteur formel

Il y a lieu tout d'abord de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour garantir la pérennité des systèmes de sécurité sociale existants au profit des travailleurs du secteur formel et leurs familles. La viabilité des caisses de sécurité sociale, qui gèrent essentiellement des régimes de retraite par répartition, a été mise en cause par des tendances démographiques (notamment l'extension de l'espérance de vie) et économiques, nécessitant la réforme des paramètres de ces systèmes. La restauration de la solvabilité financière de la Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat (CGRAE), qui est devenue structurellement déficitaire, est particulièrement urgente afin d'éliminer le besoin de transferts énormes de fonds publics (45 milliards de francs CFA ou 0,4% du PIB en 2011) pour équilibrer ses comptes. En effet, tout en assurant la pérennité de cette institution de prévoyance sociale pour les fonctionnaires publics et leurs ayants droit, la réforme paramétrique de la CGRAE devrait libérer des ressources importantes, qui pourraient servir à financer les composantes prioritaires du socle de protection sociale.

**La réforme paramétrique de la CGRAE, qui a procédé d'une étude actuarielle et des consultations avec les partenaires sociaux, a abouti à l'adoption des textes juridiques instituant la réforme.**<sup>15</sup> Cette réforme inclut, parmi d'autres mesures, le relèvement du taux de cotisation (de 18% à 25%, dont 1/3 à la charge du fonctionnaire et 2/3 à la charge de l'Etat), l'allongement de l'âge de départ à la retraite<sup>16</sup>, la réduction du taux d'annuité de 2,0% à 1,75%, la modification du nombre d'années de salaire utilisé dans le calcul de l'assiette de la pension (la moyenne des cinq dernières années au lieu de la dernière année) et le retrait des prestations non contributives (allocations familiales, pensions des personnalités, etc.) des charges techniques de la CGRAE.

---

<sup>15</sup> Ordonnance n° 2012-303 du 4 avril 2012 portant organisation des régimes de pensions gérés par la CGRAE et décret n° 2012-365 du 18 avril 2012 fixant les modalités d'application de l'ordonnance n° 2012-303.

<sup>16</sup> De 57 à 60 ans pour les personnels civils des catégories D à A, grade A3, et de 60 à 65 ans pour les personnels civils de la catégorie A, grades A4 à A7.

Nonobstant des retards dans l'application de l'augmentation du taux de cotisation et dans la modification des obligations relatives aux prestations non contributives, **la mise en œuvre effective du bouquet complet de réformes conduira à l'élimination du déficit de la CGRAE.** Avec le retrait des prestations non contributives des charges techniques de la CGRAE, le déficit se résorbera rapidement, permettant la constitution d'excédents et éventuellement des revenus additionnels en raison du placement de fonds. Une étape finale à franchir sera l'annulation de la dette cumulée de la CGRAE, résultant des fonds mis à la disposition de la Caisse par l'Etat pour financer ses déficits successifs, évalués à 226 milliards de francs CFA (2% du PIB) en fin 2011.

**La réforme paramétrique de la CGRAE a été accompagnée d'une réforme institutionnelle,** qui a changé la nature juridique de la CGRAE, précédemment société d'Etat, en une institution de prévoyance sociale, jouissant ainsi d'une meilleure autonomie institutionnelle.<sup>17</sup>

**La consolidation de la CGRAE permettra à cette institution d'améliorer ses services, notamment par la mise en place d'un régime de pension complémentaire afin d'augmenter le taux de remplacement.** Dans le cadre de son Plan Stratégique 2013-2015, la CGRAE prévoit non seulement de garantir la viabilité et la pérennité de ses régimes de pensions de base, mais aussi d'améliorer la gamme et la qualité de ses services de manière plus large. Ces améliorations incluront surtout la mise en place d'un régime de pension complémentaire par capitalisation, afin de permettre aux assurés d'augmenter le taux de remplacement de revenu, qui est actuellement entre 50 et 60% du traitement indiciaire pour le régime de base.

**La CNPS, après sa propre réforme paramétrique, envisage elle aussi de créer un régime de pension complémentaire.** Bien que la CNPS se trouve dans une situation beaucoup moins difficile que la CGRAE, le Gouvernement a introduit des modifications paramétriques dans le Code de Prévoyance Sociale en janvier 2012 afin d'assurer la viabilité à long terme du régime de retraite géré par cette institution.<sup>18</sup> Parmi d'autres mesures, le taux de cotisation a été porté de 8% à 12% en 2012 et sera augmenté davantage à 14% en 2013, et l'âge de retraite a été augmenté de 55 et 60 ans. Par ailleurs, l'introduction d'un régime de pension complémentaire par capitalisation est prévue en vue de faire passer le taux de remplacement, d'environ 30% en moyenne actuellement, à 70%.

**D'autres mesures sont envisagées par la CNPS pour renforcer les prestations familiales et la branche des accidents de travail et des maladies professionnelles.** Les montants des prestations familiales sont restés inchangés depuis plus de 40 ans et sont devenus très modiques.<sup>19</sup> Il faudra prendre en compte l'évolution du coût de la vie tout en assurant la cohérence des valeurs des allocations familiales (de la CNPS et de la CGRAE) par rapport aux montants d'éventuels transferts sociaux aux familles pauvres (voir Axe 1). La CNPS envisage aussi une réflexion sur l'opportunité d'introduire une allocation de scolarité. La branche des accidents de travail et des maladies professionnelles fera l'objet d'une réforme pour prendre en compte le volet réinsertion professionnelle.

---

<sup>17</sup> Décret n° 2012-367 du 18 avril 2012 portant création de l'institution de prévoyance sociale dénommée « Institution de Prévoyance Sociale Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat », en abrégé IPS/CGRAE.

<sup>18</sup> Ordonnance n° 2012-03 du 11 janvier 2012.

<sup>19</sup> 1500 FCFA par mois par enfant dans le cas des allocations familiales. Le salaire soumis à cotisation de la branche des prestations familiales est plafonné à 70 000 FCFA par mois.

## 6.2 Extension de la sécurité sociale au secteur informel

**Une des initiatives les plus importantes de la CNPS, actuellement en chantier, sera l'établissement d'un régime de retraite pour les travailleurs indépendants.** Ce régime, dénommé Régime Social des Travailleurs Indépendants, sera ouvert à tout travailleur non salarié exerçant une activité dans les secteurs économiques allant de l'agriculture familiale aux professions libérales. Ce régime comprendra aussi des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail due à la maladie. Quant à l'assurance maladie, elle sera mise en place dans le cadre de la CMU, à la fois au profit des travailleurs du secteur informel et du secteur formel (voir ci-dessous).

**Ce régime sera suffisamment souple pour prendre en compte les spécificités des diverses populations cibles potentielles.** Le régime adaptera ses prestations et les taux de cotisation aux différents niveaux de capacité contributive, qui varieront énormément selon la nature des occupations des adhérents. Une option à l'étude est la mise en place d'un régime complémentaire, notamment pour les professionnels indépendants à forte capacité contributive, à côté d'un régime de base accessible à des couches plus larges. Il sera aussi opportun d'établir divers mécanismes institutionnels, en partenariat avec des associations, des coopératives agricoles et d'autres structures représentatives, afin de promouvoir les adhésions et faciliter la collecte des cotisations.

## 6.3 Mise en place et développement de la Couverture Maladie Universelle (CMU)

**La stratégie de mise en œuvre de la CMU prévoit des régimes contributifs et non contributifs.** Le Secrétariat Technique Permanent de la CMU a développé fin 2011 une première stratégie de mise en œuvre d'un système d'assurance maladie universelle<sup>20</sup>. Ce document, qui a été approuvé officiellement en janvier 2012, trace les grandes lignes du programme, avec un accent particulier sur les questions d'architecture institutionnelle. Le document établit notamment une distinction entre un régime général obligatoire de base contributif (RGB), un régime d'assistance médicale non contributif (RAM) et des régimes complémentaires d'assurance maladie. Cependant, la stratégie ne comprend que des indications préalables à la mise en œuvre de la CMU. Son élaboration technique complète et approfondie était en cours de préparation au moment de la rédaction de la Stratégie Nationale de Protection Sociale.

**Le RGB cible les assurés sociaux actuellement couverts par les régimes légaux de prévoyance sociale (employés du secteur formel et fonctionnaires publics) et vise à s'étendre progressivement à d'autres populations du secteur informel** regroupés en coopératives (notamment les agriculteurs des secteurs du café et du cacao) ou en d'autres formes de fédération ou de mutuelle. Dans sa version actuelle, il devrait fonctionner via une prime d'assurance unique fixée à 1000 FCFA par personne et par mois, donnant accès à un paquet de services unique. Ce paquet est à définir plus précisément mais inclura les frais ambulatoires, hospitaliers et de médicaments, après paiement d'un ticket modérateur.

**Le RAM est un mécanisme d'exemption de paiement,** destiné aux populations bénéficiant des régimes précédents d'exemption ciblée (notamment femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans) et aux populations «indigentes». Dans sa version actuelle, il porte sur des prestations définies selon un ensemble limité de services liés à la grossesse (y inclus la

---

<sup>20</sup> Voir Groupe de travail CMU, «Projet d'instauration d'un système de Couverture Maladie Universelle. Stratégie de mise en œuvre» MEMEASS, Abidjan, 12 décembre 2011.

césarienne) et aux soins curatifs. Une extension est prévue aux maladies spécifiques à certaines régions (ulcère de Buruli, onchocercose, bilharziose, trypanosomiase). Le financement devrait provenir principalement de l'Etat, comme sous le système d'exemption ciblée actuel.

**Les régimes complémentaires d'assurance maladie seraient confiés à des compagnies d'assurances privées et des mutuelles sociales**, selon les capacités financières et les services désirés par les individus.

**L'objectif de la CMU dans le cadre de la SNPS s'articule autour de plusieurs orientations spécifiques.** En effet, l'objectif présenté dans la stratégie de mise en œuvre de la CMU est formulé comme suit : *«permettre à toutes les personnes vivant en Côte d'Ivoire (nationaux et non nationaux), avec une cotisation mensuelle de 1000 CFA par personne, de bénéficier d'une couverture maladie de base, dont les prestations seront définies par un panier minimum de soins»*. Dans le cadre de la SNPS, il est reformulé comme suit : (1) améliorer l'accès aux soins de l'ensemble de la population résidant en Côte d'Ivoire ; (2) réduire les taux de mortalité et de morbidité des populations ; (3) contribuer à sécuriser le revenu des ménages en les protégeant contre les dépenses de santé hors de portée ; (4) améliorer l'équité dans l'accès aux soins et l'état de santé entre les couches les plus aisées et les couches les plus vulnérables de la population.

**Plusieurs stratégies contribueront à réaliser cet objectif.** Le Gouvernement de Côte d'Ivoire, à travers l'action conjointe du Ministère en charge des Affaires Sociales, du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (MSLS) et des autres ministères concernés, s'engage à renforcer le niveau de protection sociale en matière de santé de l'ensemble de la population via une combinaison de stratégies convergentes:

- 1. Détermination des modalités de mise en œuvre de la CMU et adaptation aux capacités et réalités des structures de santé au niveau local.** Certaines modalités de la première stratégie de mise en œuvre de la CMU ne sont qu'esquissées, particulièrement concernant des questions telles que la mise en œuvre dans les structures sanitaires publiques au niveau local et le regroupement des populations non bénéficiaires du RAM sous des organismes de gestion délégué (OGD). Les mécanismes institutionnels devront être identifiés de manière plus détaillée pour permettre la mise en place effective de la CMU. Par ailleurs, la grande majorité des structures publiques au niveau local ne pourront probablement pas répondre dans le court terme aux attentes de la stratégie actuelle en matière d'informatisation et de comptabilité. Il sera indispensable de développer les capacités requises;
- 2. Extension de la couverture assurantielle aux populations du secteur informel.** La population du secteur formel bénéficiant de la couverture assurée par les régimes légaux de sécurité sociale sera simplement basculée du système prévalent dans le RGB, avec les mêmes systèmes de prélèvement des cotisations à la source. L'inclusion des acteurs du secteur agricole via les coopératives (café, cacao, autres) pose de plus grands défis qui nécessiteront un accompagnement (capacités des coopératives à développer leurs compétences en tant qu'OGD, communication auprès des futurs assurés, gestion de la procédure d'inscription). Pour les autres groupes professionnels à fédérer, l'accompagnement devra s'étendre à la création de coopératives, de syndicats ou d'autres formes de regroupements. En ce qui concerne les populations non structurées, telles que celles employées à leur propre compte dans le secteur informel (petit commerce, agriculture familiale de subsistance), les obstacles seront encore plus importants. Les difficultés à regrouper les populations du secteur informel dans une organisation à caractère mutualiste (faible capacité

contributive, faiblesses de gestion, partage de risque à petite échelle, sélection adverse, etc.) ont été largement documentées par la littérature scientifique.<sup>21</sup> Il convient de concevoir des solutions alternatives. Au besoin, les modalités seront revues en cours de mise en œuvre en fonction des leçons tirées de l'expérience;

3. **Protection des populations vulnérables via un système d'exemption subventionné par l'Etat.** La stratégie de mise en œuvre prévoit l'absorption des stratégies d'exemption des femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans, ainsi que la prise en charge des populations indigentes, sous le RAM. Les modalités de gestion du RAM dans le cadre de la CMU devront être définies plus précisément, notamment sur le choix entre un système de remboursement des établissements sanitaires pour les actes prestés et un système de subventionnement des primes d'assurance pour les populations cibles. La deuxième option est préférable pour des questions d'équité et de consolidation de la CMU (extension de la base d'adhésion);
4. **Développement d'un mécanisme d'identification des plus pauvres.** La prise en charge des indigents (ou pauvres extrêmes) à travers le RAM demande une stratégie de collaboration étroite avec les centres sociaux au niveau local pour la mise en place d'un mécanisme d'identification des populations les plus pauvres (à exploiter également dans d'autres mécanismes de protection sociale). La stratégie devra intégrer des mécanismes de révision périodique du statut socio-économique des populations (ex : une fois tous les deux ans).
5. **Besoin d'un financement adéquat et durable des mécanismes d'exemption dans le cadre de la CMU.** Dans la stratégie initiale, il est attendu que les organes de gestion (Caisse Nationale d'Assurance Maladie et OGD) tirent leur financement d'une portion des cotisations payées par les assurés ou en leur nom (en cas de subvention pour les populations vulnérables). Dans la pratique, les systèmes d'assurance santé de nombreux pays sont chroniquement déficitaires et nécessitent une intervention de l'Etat. C'est le cas, par exemple, du seul système national d'assurance maladie en Afrique de l'Ouest à savoir celui du Ghana, ayant une couverture large de la population, qui est financé aux deux tiers par une taxe spéciale ajoutée à la TVA. Par ailleurs, le mécanisme du RAM implique un financement récurrent pour l'ensemble des populations cibles. Il sera ainsi crucial de maintenir au fil des ans un niveau de financement suffisant en fonction des besoins des populations, particulièrement pour les soins des populations vulnérables. Les sources de financement devront être identifiées et pérennisées.

---

<sup>21</sup> Pour promouvoir le bon fonctionnement des mutuelles, un projet de décret prévoit l'établissement de l'Agence Ivoirienne de Régulation de la Mutualité Sociale (AIRMS), conformément à la réglementation de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (Règlement n° 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA). L'AIRMS aura pour mission d'instruire les dossiers d'agrément des mutuelles sociales, de tenir un registre national d'immatriculation et d'assurer le suivi et le contrôle des mutuelles agréées.

## **7 Mise en œuvre de la Stratégie**

**La mise en œuvre de la SNPS présente le défi d'exploiter au maximum ces synergies potentielles.** Il est pertinent de rappeler la nature plurisectorielle de cette Stratégie dont les divers axes et composantes, au moins au niveau du socle (les trois premiers axes), se renforceront mutuellement si les synergies potentielles sont bien exploitées. Par exemple, l'amélioration du niveau de vie des plus pauvres (axe 1) aidera à dépasser les contraintes de revenu qui entravent l'accès des plus pauvres à l'éducation et aux services de santé (l'objet de l'axe 2). Les services d'action sociale contribueront non seulement à réduire les risques d'abus, de violences, d'exploitation, de discrimination et d'exclusion et à aider les victimes lorsque ces violations de droits se réalisent (axe 3), mais aideront aussi celles-ci à avoir accès aux services complémentaires dont ils ont besoin, tels que les services sociaux de base (axe 2) et les programmes de renforcement des revenus (axe 1).

**La nature plurisectorielle de la Stratégie exige une bonne coordination de ces quatre axes, la mise en valeur de leurs complémentarités et le développement de mécanismes de référencement des bénéficiaires entre les différentes structures concernées.** Cette section met aussi en relief les mesures complémentaires hors de la protection sociale qui sont cruciales (comme paramètres externes) pour la réussite de la Stratégie, notamment en ce qui concerne l'offre et la qualité des services sociaux de base, qui détermineront dans quelle mesure les mesures de facilitation de l'accès financier à ces services atteignent leurs objectifs. La réussite de la Stratégie exige également des actions importantes au niveau du développement institutionnel et du renforcement des capacités, ainsi que des procédures adéquates de planification, suivi et évaluation. Enfin il y a le défi du financement de la Stratégie.

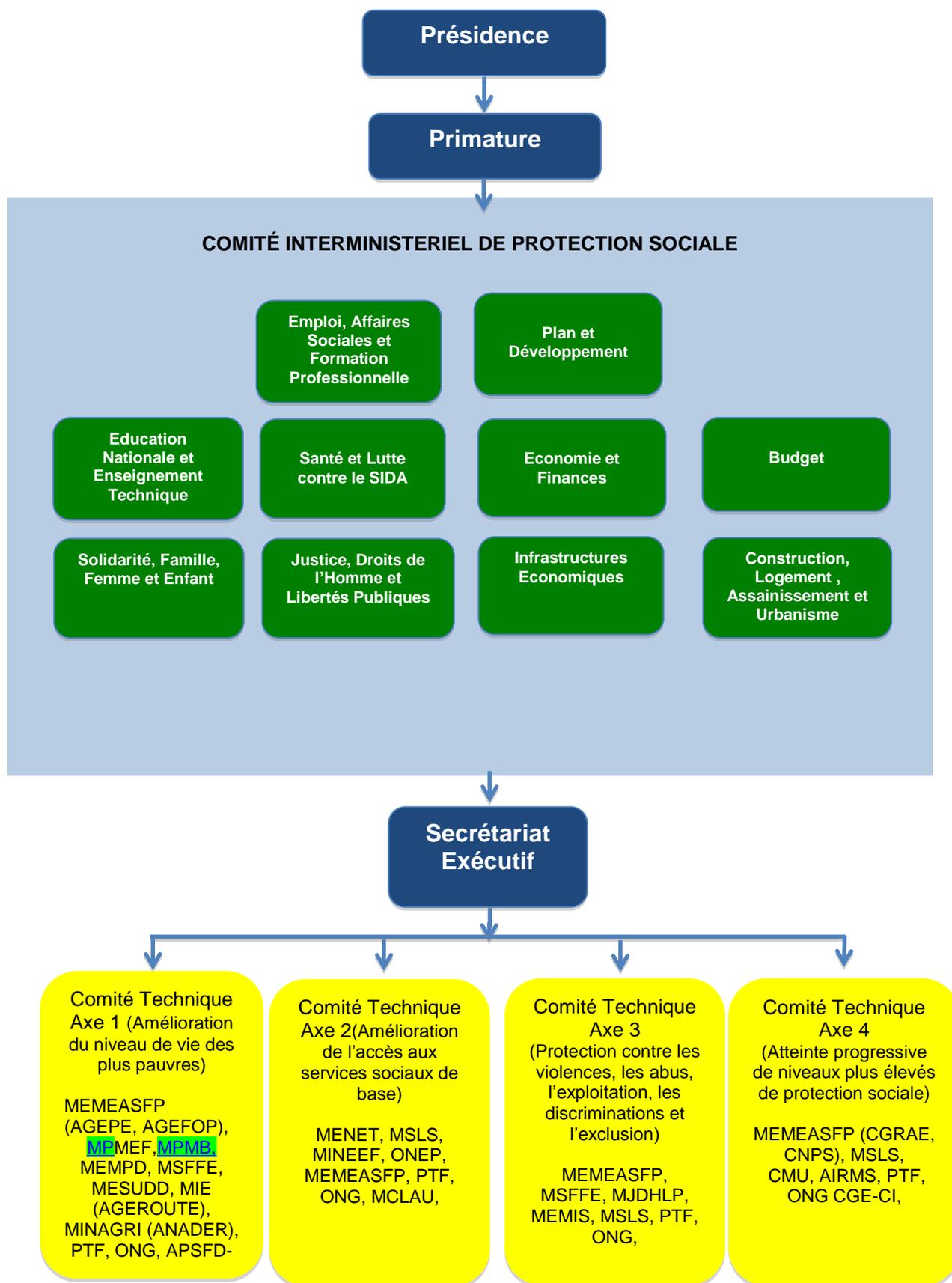
### **7.1 Coordination**

**Une Plateforme nationale de coordination de la protection sociale sera établie** pour orienter et suivre le processus de mise en œuvre de la SNPS et pour promouvoir les synergies entre ses différentes composantes. Cette plateforme aura trois niveaux d'organes, comme il est montré dans la Figure 7.1 : le Comité Interministériel de la Protection Sociale (CIPS) au niveau politique, des comités techniques pour chacun des quatre axes de la Stratégie, et un Secrétariat Exécutif.

**Le CIPS sera l'organe chargé de coordonner la SNPS au niveau politique et de donner des orientations générales pour sa mise en œuvre.** Présidé par le Premier Ministre, le CIPS sera composé des principaux ministères concernés par la protection sociale. Il se réunira régulièrement, notamment pour passer en revue les rapports annuels de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie, pour approuver la nouvelle version du Plan d'Actions triennal, qui sera de nature glissante et donc actualisé chaque année, et pour demander des études et d'autres initiatives visant à renforcer la protection sociale.

**Quatre Comités Techniques thématiques se chargeront de la coordination technique de la mise en œuvre et du suivi des quatre axes de la Stratégie.** Ces comités seront composés de représentants des ministères directement concernés par les axes respectifs, ainsi que des agences sous tutelle, des ONG et des PTF agissant dans les domaines thématiques concernés. Chaque comité technique se réunira une fois par trimestre. Il sera responsable de l'actualisation annuelle de la section du Plan d'Actions relative à son axe respectif (avec l'appui du Secrétariat) et de la revue des progrès selon les indicateurs relatifs à cet axe dans le cadre de suivi et évaluation.

Figure 7.1 Plateforme nationale de coordination de la protection sociale



**Le Secrétariat Exécutif sera l'organe exécutif de la SNPS, chargé des tâches courantes de la Coordination.** Il aura les responsabilités suivantes:

- La préparation des réunions du CIPS et des Comités techniques thématiques ;
- Le suivi de la mise en œuvre et des résultats des différentes composantes de la SNPS (par rapport aux indicateurs définis pour le suivi dans les plans d'actions), à travers des rapports annuels qui seront élaborés par le Secrétariat pour soumission aux comités techniques et au CIPS pour approbation (voir la Section 4.4 du Plan d'Actions de la SNPS) ;
- Les évaluations périodiques de la SNPS (voir la Section 4.4) ;
- La communication sur les réalisations et résultats de la SNPS ;
- La gestion d'une base de données sur la protection sociale mise en place pour faciliter le processus de suivi et évaluation ;
- La promotion de complémentarités entre les différentes composantes de la Stratégie ;
- Le développement d'outils conjoints, notamment pour le ciblage, la gestion d'information et le référencement entre programmes (voir l'encadré 7.1), afin d'améliorer l'efficacité, éviter des chevauchements et obtenir des économies d'échelle ;
- Le renforcement des capacités par l'organisation de formations techniques conjointes ;
- La réalisation d'études d'intérêt commun.

## **7.2 Développement institutionnel et renforcement des capacités**

**Au-delà de la mise en place des mécanismes de coordination de la SNPS, des actions seront entreprises pour construire des dispositifs institutionnels adéquats pour la gestion efficace des diverses composantes de la Stratégie.** Ces besoins de développement institutionnel ont déjà été identifiés dans les chapitres sur les différents axes et ils seront résumés ici seulement de manière globale.

**Dans certains cas, comme celui de la CMU, il s'agira de la mise en place de nouvelles institutions.** Il sera nécessaire de créer juridiquement la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), d'établir son siège, de recruter et former son personnel et de concevoir et installer tous ces systèmes de gestion (notamment pour le conventionnement des prestataires des services sanitaires, la gestion des adhésions et des cotisations, la gestion des remboursements des factures des prestataires, le contrôle des risques, la gestion financière, etc.). Les études techniques définiront plus exactement ces besoins, ainsi que le cadre institutionnel du RAM et les rôles exacts qui seront joués par les organismes de gestion déléguée (OGD).

**L'opportunité de créer une institution spécialisée pour la gestion des THIMO fera l'objet d'une étude,** comme il a été mentionné dans l'Axe 1, compte tenu de la technicité du champ d'action concerné et le besoin d'assurer les capacités techniques requises pour une

gestion efficiente des THIMO, même si des fonctions spécifiques sont déléguées à d'autres opérateurs (ministères, collectivités territoriales, ONG, PME, etc.).

**Dans d'autres cas, notamment celui de l'action sociale, il est plutôt question de clarifier les mandats institutionnels afin de définir clairement les responsabilités et d'éviter des chevauchements inutiles et coûteux.** Le système d'action sociale est actuellement à cheval entre le ministère en charge des Affaires Sociales et celui en charge de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (et leurs respectives structures déconcentrées) et les collectivités territoriales (communes, etc.) qui ont commencé à développer des services d'action sociale en parallèle avec ceux des deux Ministères. Par ailleurs, d'autres services d'action sociale plus spécialisés ont surgi de manière indépendante dans des secteurs tels que l'éducation, la santé, la justice et la police.

### **Encadré 7.1 Mécanismes conjoints pour le ciblage, la gestion d'information et le référencement entre programmes**

L'efficacité et l'efficience de la SNPS bénéficieront de la mise en place de mécanismes conjoints, notamment pour le ciblage des bénéficiaires de certains programmes, la gestion des données sur les bénéficiaires et le référencement de ceux-ci à des programmes ou services complémentaires selon leurs besoins et leur éligibilité.

Plusieurs programmes requièrent le ciblage socioéconomique des bénéficiaires. Il s'agit surtout des secours sociaux (et d'un éventuel programme de transferts en espèces à plus large échelle), des bourses alimentaires aux élèves les plus démunis dans les écoles primaires, et des exemptions de paiement (de primes et tickets modérateurs) en faveur des personnes extrêmement pauvres dans le cadre du RAM. Le ciblage socioéconomique pourrait aussi intervenir en complément de l'auto-ciblage pratiqué par les programmes THIMO. Au lieu de mettre en place des mécanismes parallèles dans chaque secteur pour le ciblage des bénéficiaires de ces divers programmes, qui serait coûteux et inefficace, un mécanisme conjoint sera établi à la suite d'études techniques. Cette approche permettra d'employer des techniques rigoureuses pour l'identification des bénéficiaires (et la reconfirmation périodique de leur éligibilité) afin de minimiser les erreurs d'exclusion et d'inclusion.

Ce mécanisme commun de ciblage sera lié à des procédures conjointes pour l'enregistrement des bénéficiaires des programmes concernés, la gestion informatisée des données sur ces bénéficiaires et leur référencement d'un programme à un autre. Un tel fichier conjoint permettra de doter chaque bénéficiaire d'un numéro unique et de lui livrer une carte électronique qui identifie à quels programmes il est éligible et qui sera acceptée dans chaque service concerné. Ce système informatisé d'enregistrement et d'identification devra être étroitement lié à la réforme du système d'état civil et à l'amélioration de l'enregistrement des naissances.

La création d'un tel système conduira à d'importants gains en efficience au niveau de la gestion des programmes, tout en réduisant les coûts d'opportunité (temps passé dans des procédures parallèles) pour les bénéficiaires. Il requerra une forte coopération entre les différentes structures gouvernementales concernées.

**En outre, il faut relever le défi d'assurer une bonne articulation entre toutes ces structures.** Le manque de clarté sur les rôles respectifs des différents acteurs et les faiblesses en matière de coordination au niveau local exigent une réforme institutionnelle profonde qui établit des mandats clairs et met en place des mécanismes institutionnalisés de coordination opérationnelle, y compris des procédures de référencement des «clients» du système entre les différents services concernés.

**Un système fort d'action sociale est primordial pour la construction du socle de protection sociale.** En fait ce système ne s'occupe pas uniquement des services préventifs et de prise en charge décrits par rapport à l'axe 3 de la Stratégie. Les travailleurs sociaux

seront de plus en plus appelés à contribuer à la mise en œuvre de l'axe 1, notamment en ce qui concerne le ciblage des bénéficiaires des THIMO et des transferts sociaux, l'accompagnement social de ceux-ci et leur référencement à des services complémentaires. Par les actions qu'ils prennent pour faciliter l'accès des personnes vulnérables (bénéficiaires des programmes de l'axe 1 et/ou des services spécialisés de l'axe 3) aux services sociaux de base, ils joueront aussi un rôle clé dans la mise en œuvre de l'axe 2. L'accompagnement social sera pluridimensionnel, allant de la facilitation de l'enregistrement des naissances à des démarches pour assurer que les enfants non scolarisés de ménages démunis aient accès à l'école et reçoivent des bourses alimentaires. Ils prendront les mesures nécessaires, et selon des procédures à définir, pour garantir l'enregistrement de ces ménages démunis auprès du RAM afin de jouir de la gratuité des services sanitaires. Et ils accompagneront ces ménages vers les institutions de micro-finance pour l'ouverture de comptes d'épargne et l'accès aux opportunités de financement d'AGR dans le but de promouvoir leur autonomisation.

**Le renforcement des capacités nécessite une meilleure répartition des ressources humaines.** Dans plusieurs domaines, tels que les services d'action sociale et les services sanitaires, les faiblesses en matière de ressources humaines ne concernent pas forcément le nombre d'agents en poste, mais leur mauvaise répartition. Ils sont fortement concentrés dans les villes et dans le Sud, en raison des tendances de développement spatial inégal, qui ont été fortement accentuées par les crises politiques, la division du pays et les déplacements de population. Des mesures seront prises (primes de salaires et autres incitations, liées à des allocations budgétaires et à des investissements dans les infrastructures dans les zones mal servies) afin de rééquilibrer la répartition des ressources humaines.

**Les investissements dans la formation seront une autre dimension du renforcement des capacités.** Il sera question de répondre aux besoins importants de formation dans plusieurs domaines : la formation dans l'approche THIMO (dans les ministères concernés, les collectivités territoriales, les PME, etc.), la formation des travailleurs sociaux dans les nouvelles modalités de protection sociale (par exemple, les transferts sociaux) et les nouveaux protocoles de travail pour l'accompagnement social des personnes vulnérables, et la formation du personnel requis pour des nouvelles initiatives telles que le RSTI, le CMU et le RAM. Il sera important d'investir non seulement dans la formation continue des agents déjà en poste, mais aussi de renforcer la formation initiale, notamment en ce qui concerne la modernisation des programmes de formation des travailleurs sociaux à l'Institut National de Formation Sociale (INFS).

### **7.3 Mesures complémentaires**

**Les programmes et mesures de protection sociale ne peuvent pas atteindre pleinement leurs objectifs sans la mise en œuvre de mesures complémentaires, notamment dans les secteurs sociaux et dans le système d'état civil.** Les programmes et mesures qui agissent sur la demande pour les services sociaux (politiques de gratuité, cantines scolaires, systèmes d'assurance maladie, etc.) auront des effets limités si en même temps des mesures adéquates ne sont pas prises pour améliorer l'offre et la qualité de ces services, qui sont généralement faibles. Sans des mesures complémentaires à ce niveau, l'accroissement de la demande risque simplement de submerger les services, réduisant davantage leur qualité. Le renforcement du système d'état civil est également crucial, compte tenu de l'importance de la preuve d'identité dans l'accès aux services, y compris aux programmes de protection sociale eux-mêmes.

**Le renforcement de l'offre des services de santé va en grande partie conditionner le degré de succès des mesures de gratuité ciblée et de construction de la CMU.** Il est question surtout de renforcer le financement public du secteur, ses ressources humaines et l'approvisionnement en médicaments. Sans quoi, l'accroissement de la demande impulsé par la gratuité et la CMU débordera la capacité d'accueil des établissements sanitaires, conduisant aux problèmes de surcharge du personnel et de ruptures de stocks de médicaments observés à la suite de l'introduction de la gratuité exceptionnelle en 2011. Parmi les mesures les plus importantes seront :

- l'accroissement de la part de la santé dans les dépenses publiques totales, actuellement parmi les plus faibles d'Afrique de l'Ouest par rapport aux dépenses privées ;
- le rééquilibrage des dépenses en faveur des soins de santé primaire et des urgences obstétricales, principalement dans les établissements sanitaires de premier contact (ESPC) et les hôpitaux de première référence ;
- l'octroi de ressources budgétaires adéquates aux ESPC, incluant les établissements sanitaires communautaires (ESCOM) qui ont dépendu entièrement du recouvrement des coûts auprès des usagers ;
- une meilleure répartition géographique des ressources humaines, qui sont actuellement fortement concentrées en milieu urbain et surtout à Abidjan ;
- la réforme de la Pharmacie de Santé Publique (PSP) afin d'assurer l'acquisition et la distribution des médicaments en quantité suffisante pour répondre à la demande.

**Le système d'état civil devra faire l'objet d'une réforme radicale.** Les faibles taux de possession d'extraits d'actes de naissance et d'autres documents donnant preuve d'identité constituent un des goulots d'étranglement potentiellement les plus sérieux pour la mise en œuvre effective de la SNPS. Ce problème contribue à l'abandon scolaire (voir la Section 3.2.1), nécessitant l'adoption de mesures d'urgence souples, et risque de créer d'énormes difficultés pour la mise en œuvre de certains programmes de protection sociale tels que les transferts sociaux.

Le taux d'enregistrement des naissances (chez les enfants de moins de 5 ans) a diminué de 71,8% en 2000 à 54,9% en 2006, selon la MICS. Dans les zones du Centre, du Nord et de l'Ouest, ces taux se sont réduits de plus de moitié pendant cette période en raison du conflit. Beaucoup de fichiers, qui ne sont pas informatisés, ont été perdus ou détruits. Des campagnes ponctuelles de promotion de l'enregistrement des naissances peuvent apporter des améliorations à peine partielles et de courte durée à un système qui a besoin d'une réforme profonde. Cette réforme prendra entre autres en compte l'informatisation, la mise en place d'un fichier national unique, une meilleure proximité du service aux populations (notamment par l'utilisation de la technologie de téléphonie mobile pour l'enregistrement), un cadre institutionnel simplifié, unifié et centralisé, la diminution du rôle du Ministère de la Justice et la suppression du besoin de jugements supplétifs pour l'enregistrement tardif, qui est très coûteux, constitue une barrière importante pour les populations pauvres et n'apporte aucune bénéfice.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Voir "A Post-Conflict Civil Registration Strategy for Cote d'Ivoire", Civil Registration Centre for Development, La Haye, rapport pour UNICEF, Abidjan.

## **7.4 Planification, suivi et évaluation**

**La planification de la mise en œuvre de la SNPS s'effectuera sous forme de plans d'actions pluriannuels, normalement de trois ans et de nature glissante.** Après chaque année, le plan d'action sera actualisé pour une nouvelle période de trois ans. L'actualisation du plan d'action prendra en compte non seulement l'évolution de la situation de vulnérabilité et d'autres paramètres externes (niveaux de financement disponibles, etc.), mais aussi les expériences obtenues de la mise en œuvre des programmes. Le processus de planification sera ainsi étroitement lié à celui de suivi et évaluation.

**La SNPS fera l'objet d'un suivi régulier,** afin d'aider la gestion de ces composantes et la prise de mesures correctives en cas de difficultés rencontrées dans la mise en œuvre. Au niveau de chaque composante de la Stratégie, les structures directement responsables (Ministères, agences, etc.) seront responsables du suivi interne de leurs propres programmes. Les comités techniques et le CIPS entameront chaque année un processus de passage en revue des progrès accomplis, sur la base d'un rapport produit par le Secrétariat Permanent.

**Un système intégré de gestion d'information sur la protection sociale sera établi par le Secrétariat Permanent.** A cette fin, les données nécessaires pour le suivi de la mise en œuvre de la SNPS seront envoyées régulièrement par les institutions responsables des programmes au Secrétariat Exécutif. Ces données seront répertoriées et analysées dans les rapports de suivi annuels produits par le Secrétariat Exécutif pour envoi aux quatre comités techniques thématiques et ensuite au CIPS pour examen et approbation (voir la Section 4.1).

**Des évaluations externes auront lieu périodiquement** afin d'apprendre des leçons plus profonds sur la mise en œuvre et les résultats accomplis, d'assurer la transparence dans l'utilisation des fonds publics et de justifier la prise de décision sur l'évolution future de la Stratégie.

**Un nombre limité d'indicateurs clés seront regroupés dans un cadre de suivi et évaluation dans le plan d'action** pour rendre le processus de suivi et évaluation aussi stratégique que possible au niveau «macro» du CISP. Il s'agit de sélectionner environ 20 à 30 indicateurs, situés essentiellement au niveau de la couverture des programmes et du processus de renforcement du système de protection sociale (réformes, décrets, mise en place d'institutions et de programmes, etc.) et, dans le cas des indicateurs de couverture, de les chiffrer pour chaque année du Plan d'Actions. Les indicateurs et leurs valeurs ciblées seront actualisés chaque année lors du passage en revue du cadre de suivi et évaluation et de l'actualisation du Plan d'Actions.

## **7.5 Financement**

**Les budgets de la mise en œuvre de la SNPS, ainsi que les sources de financement, seront définis dans les plans d'actions.** De manière générale, l'objectif de cette Stratégie de construire progressivement un système plus fort de protection sociale implique une expansion du financement de la protection sociale, qui a été historiquement faible comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne.

**Une expansion du financement public de la protection sociale se justifie** par l'importance des programmes et mesures de protection sociale dans la réalisation des objectifs de réduction de la pauvreté, d'amélioration de l'accès des populations pauvres aux services sociaux de base, de promotion de l'investissement dans le capital humain, et de renforcement de la résilience des populations par rapport aux risques de futurs chocs – sans

oublier les effets indirects de ces programmes et mesures sur le renforcement de la cohésion sociale et la consolidation de la paix sur une base pérenne.

**La planification de cette expansion se fera dans le cadre de la programmation pluriannuelle des dépenses.** Il s'agira de planifier sur plusieurs années l'exploitation de sources potentielles d'espace budgétaire (accroissement des recettes publiques, mobilisation des aides et réallocation des dépenses publiques) pour le renforcement du financement de la protection sociale.

**La réallocation des ressources, même au sein de la protection sociale, peut aussi renforcer l'efficacité des dépenses.** La réforme paramétrique de la CGRAE, qui devrait permettre l'élimination de son déficit, est une des sources potentielles de ressources additionnelles pour l'expansion de programmes de protection sociale orientés vers les plus pauvres.

**L'allocation des dépenses donnera priorité aux programmes et mesures qui font partie du socle de protection sociale** en raison du fait que ceux-ci se focalisent sur les risques et vulnérabilités les plus graves. Ces programmes et mesures sont aussi de nature non contributives et donc dépendent du financement public. Compte tenu des contraintes budgétaires, il serait peu justifiable de diriger des ressources publiques, au moins dans le court ou moyen terme, vers le subventionnement des systèmes contributifs qui bénéficieront essentiellement aux ménages les plus aisés dans le secteur formel. En ce qui concerne la CMU, cette approche signifie que les ressources publiques seront dirigées vers le financement de l'exemption des cotisations pour les groupes cibles prioritaires (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, personnes âgées et handicapées, et ménages en pauvreté extrême) plutôt que vers le subventionnement général des primes.



**MINISTRE D'ETAT, MINISTRE DE L'EMPLOI,  
DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA  
FORMATION PROFESSIONNELLE**