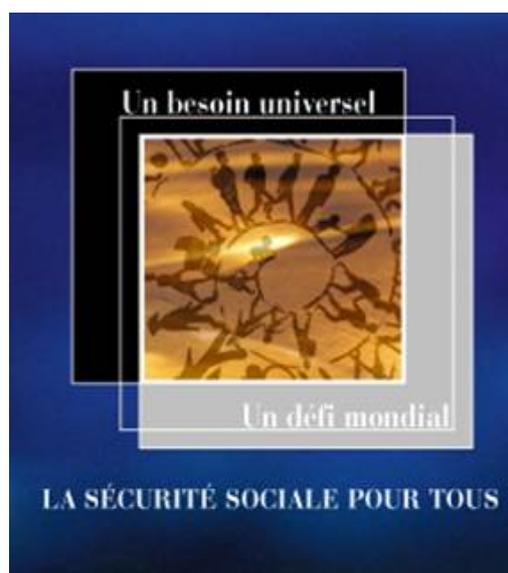




Organisation  
internationale  
du Travail

---

## **EXTENSION DE LA COUVERTURE DE LA SECURITE SOCIALE EN AFRIQUE**



**Bureau sous-régional de l'OIT pour le Sahel (BSR-Dakar)**

**Service Politiques et Développement de la Sécurité Sociale (SOC/POL)**

**Secteur de la Protection Sociale (ED/PROTECTION)**

## 1. La protection sociale comme instrument de lutte contre la pauvreté

Le rapport du Directeur général sur les activités de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) en Afrique pour la 10<sup>e</sup> réunion régionale à Addis-Ababa en décembre 2003 fait remarquer que « *au cours de la décennie écoulée, le manque de dynamisme de l'économie, les conflits, les luttes intestines et l'instabilité politique ont empêché que la pauvreté recule sensiblement en Afrique* » et note que l'Afrique reste derrière les autres continents pour les indicateurs sociaux clés comme l'espérance de vie, les taux de mortalité infantile et maternelle, la scolarisation et l'accès aux soins de santé. Par conséquent, l'un des objectifs clés du Bureau International du Travail (BIT) et l'un des défis essentiels pour les dirigeants et les décideurs consistent à promouvoir les possibilités de travail décent et productif et à soutenir cette démarche par des systèmes de protection sociale efficaces. Mais pour la majorité des travailleurs de beaucoup de pays en développement, le développement économique, social et politique en est encore à un stade précoce ou a été fortement perturbé. De fait, l'exclusion de la protection sociale affecte une partie importante de la population mondiale et la grande majorité des pauvres. On estime que près de 80% de la population en Afrique subsaharienne est exclue de l'accès à des soins de santé adéquats.

La plupart des sociétés, à tous les niveaux, reconnaissent le besoin d'assurer à leurs membres une protection contre la perte de revenu en cas de risques sociaux. Elles reconnaissent aussi le besoin d'assurer l'accès à des soins de santé suffisants et abordables. Pour beaucoup, ces besoins sont satisfaits à travers leurs conditions de travail et représentent une composante importante du travail décent. Mais pour les exclus, l'absence de sécurité sociale constitue le déni d'un droit humain fondamental (Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948) et rend plus difficile le combat contre la pauvreté. La protection sociale a un impact direct sur la réduction de la pauvreté, tant en matière de prévention des risques qu'à travers la fourniture d'une indemnisation contre leurs conséquences. Les « chocs » dus à la survenance d'un risque social ou économique (comme une maladie coûteuse, la perte d'emploi du chef de famille) ont un fort impact défavorable sur le niveau de pauvreté des individus et des familles. Les pauvres sont les plus affectés par ces risques et pourtant ce sont eux les plus vulnérables. Ces « chocs » entraînent beaucoup d'individus et de familles dans la pauvreté ou les empêchent d'y échapper.

La protection sociale contribue aussi à la croissance économique en ceci qu'elle encourage les investissements, en particulier pour les petits entrepreneurs, promeut la productivité (meilleur état de santé pour les travailleurs, par exemple), et favorise les activités économiques et la sécurité des salaires. Elle y contribue également, à travers le développement intellectuel et l'accroissement du capital humain et social (cohésion sociale, par exemple). La protection sociale pour les plus pauvres et les plus vulnérables peut aussi faciliter la réalisation de réformes structurelles visant à la croissance économique et au développement. Elle joue de surcroît un rôle essentiel dans la promotion de l'équité et la réduction des inégalités (et donc sur la réduction de la pauvreté absolue mais aussi relative) et elle constitue un instrument puissant pour la redistribution des richesses entre les différentes catégories de la population.

Toutefois, dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne, où 50 pour cent de la population vit avec moins de un dollar EU par jour, ces prestations économiques et sociales sont inexistantes ou n'ont qu'un impact limité. L'Afrique est confrontée d'une part à une large gamme de risques qui menacent la sécurité, les conditions de vie, les revenus et la santé et, d'autre part, à une pénurie de ressources et de compétences disponibles pour lutter contre ces risques. Or, la sécurité sociale a tendance à être appliquée à un groupe relativement restreint

plutôt qu'à l'échelle nationale. Le regroupement des risques est trop large pour permettre le partage des coûts à un niveau abordable pour l'individu. Dans les pays en développement, la majorité des pauvres restent donc souvent en dehors du champ d'application des régimes d'assurance sociale : ils ne veulent pas cotiser, ou ils n'en ont pas les moyens, et ceux qui peuvent cotiser ne souhaitent pas nécessairement soutenir ceux qui ne le peuvent pas.

Depuis plusieurs années déjà, les personnes exclues des prestations de sécurité sociale formelles ont trouvé des moyens de soutien mutuel souvent à travers des systèmes traditionnels, pour répondre aux besoins de protection sociale. En Afrique de l'Ouest en particulier, au sein de l'économie non structurée, on peut trouver des exemples de systèmes basés sur un groupe, une famille, une communauté ou une profession, qui produisent de l'épargne ou fournissent une gamme d'aides allant de la garantie d'accès à la santé au partage de la nourriture et d'un logement en passant par la fourniture d'un revenu minimum. Durant ces cinq dernières années, la communauté internationale et le BIT en particulier se sont de plus en plus efforcés de contribuer à la constitution, au développement et à la viabilité de ces initiatives. Cela ne veut pas dire que le BIT s'est détourné de l'instauration de régimes d'assurance sociale ou d'autres formes de sécurité sociale organisée et publique. Mais le fait est qu'en Afrique il existe aussi une nécessité d'approches différentes et innovatrices, dont les régimes de micro-assurance basés sur la solidarité et la redistribution au sein du groupe ne sont qu'un exemple. Il faut souvent une combinaison d'activités pour trouver un équilibre entre les initiatives à caractère communautaire, le renforcement des régimes publics de sécurité sociale et la mise en place de régimes universels de soins de santé et d'autres prestations.

## **2. Le développement de la sécurité sociale en Afrique**

### ***2.1. Perspectives historiques et géographiques***

La structure de la sécurité sociale en Afrique reflète bien souvent des préférences et des considérations d'ordre colonial. A l'origine, les pouvoirs coloniaux ont étendu leur propre système à leurs expatriés. L'extension de ces dispositions aux travailleurs africains a été variable, mais elle s'est principalement concentrée sur les travailleurs urbains et industriels pour stabiliser la main-d'œuvre et satisfaire les syndicats. Toutefois, la majorité de la population est restée en dehors du champ de cet élargissement.

En Afrique du Nord, où la proximité de l'Europe a été un facteur prédominant, ont été créés dès les années 1950, des régimes de pensions basés sur l'assurance sociale. Des efforts ont également été faits pour fournir une large gamme de prestations pour des risques tels que le chômage (en Algérie, Égypte et Tunisie) ou couvrir des travailleurs non-salariés comme les indépendants. La recherche de la couverture universelle a été possible dans un certain nombre de pays. Par exemple, grâce à diverses initiatives, la Tunisie est parvenue à élargir sa couverture de sécurité sociale en matière de soins de santé, de pensions de vieillesse, et de prestations de maternité et d'accidents du travail. La part des travailleurs et de leurs familles est passée de 60 à 84 pour cent en 10 ans seulement. Presque tous les Tunisiens qui travaillent au sein du secteur public ou du secteur privé non agricole sont désormais couverts.

Dans les anciennes colonies britanniques, la priorité a été donnée aux régimes contre les accidents du travail, et le développement de l'assurance sociale a été plus lent. La responsabilité a été assumée directement par l'employeur (au Ghana, Nigeria, Kenya, Swaziland) et ce n'est qu'ensuite qu'ont été créés des régimes fondés sur le paiement de

cotisations par les employeurs à une caisse publique de sécurité sociale et, dans une certaine mesure, basés sur la mutualisation des risques. Les systèmes mis en place par les Britanniques ont généralement été plus modestes et, sauf dans le cas des dispositifs pour les fonctionnaires, n'ont pas correspondu aux caractéristiques des régimes en vigueur au Royaume-Uni.

Bien qu'il y ait eu une reconnaissance croissante de la nécessité de fournir une certaine forme de protection aux autres travailleurs du secteur organisé, cela n'a abouti qu'à la création de fonds nationaux de prévoyance. Il s'agit de régimes d'épargne obligatoire, financés par des cotisations payés par les employeurs et les travailleurs, qui sont accumulées, avec les intérêts des placements, pour constituer un compte d'épargne individuel pour chaque travailleur. Ils ont été jugés simples à faire fonctionner et conformes également aux besoins futurs des travailleurs africains qui, censés revenir dans leur village au moment de la retraite, profiteraient plus d'une somme forfaitaire que d'une pension. Certains fonds de prévoyance en Afrique ont été transformés en régimes de pensions à prestations définies basés sur les principes de l'assurance sociale. Ainsi, les fonds de prévoyance du Ghana, du Nigeria et de la Zambie ont été transformés en régimes de pensions alors que cette possibilité est toujours envisagée pour ceux d'Ouganda, de Gambie et du Swaziland.

Dans les colonies françaises de l'Afrique subsaharienne, la priorité a été donnée, à l'origine, aux régimes d'accidents du travail, puis aux régimes de prestations familiales et de maternité instaurés au début des années 1950. Du fait de leur héritage commun, beaucoup de pays africains francophones ont des régimes de pensions similaires, qui servent une prestation au moment de la retraite basée sur la durée d'activité et les gains moyens. Les systèmes de soins de santé relevaient aussi d'un modèle différent en Afrique francophone, un lien étant généralement établi entre les soins de santé et les principes de l'assurance sociale du régime de pensions, alors que la préférence britannique allait à un service national de santé financé par le budget de l'Etat. L'accès à des soins de santé suffisants est apparu comme l'élément le plus important de la sécurité sociale pour la majorité des peuples d'Afrique subsaharienne et, malheureusement, celui-ci est trop souvent refusé aux plus démunis.

Depuis les indépendances, des modifications des politiques de soins de santé ont été mises en place. Entre les années 1960 et 1980, la plupart des pays francophones d'Afrique subsaharienne ont mis en œuvre des politiques visant à améliorer les conditions de vie et l'état de santé des populations. Il y avait un contexte politique et économique assez favorable pour qu'on mît l'accent sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé, mais dans le cadre d'initiatives financées par des organismes internationaux et ciblées sur des programmes de prévention des maladies, plutôt que l'élaboration de programmes nationaux de soins de santé. Dans les années 1970 et 1980, la conférence internationale d'Alma Ata (en 1978) et la mise en œuvre de l'initiative de Bamako (en 1987) ont reflété l'adoption d'une approche plus stratégique visant à assurer une couverture universelle des soins de santé – « la santé pour tous ». Bien que l'application de l'initiative de Bamako varie d'un pays à l'autre, les principes de recouvrement des coûts et de participation des populations est entré en vigueur. Dans les années 1990, le financement des systèmes de santé a été marqué par une recherche approfondie sur la relation entre la santé et le développement, avec notamment les travaux d'Amartya Sen sur l'« autonomisation » des gens. A cet égard, un nouveau mouvement en faveur de mécanismes de protection sociale communautaires s'est développé sur la base de la solidarité et du regroupement des certains risques sociaux spécifiques (maladie et décès, notamment). Ces nouvelles initiatives locales, plus connues sous le nom de micro-assurance, étaient peu nombreuses au milieu des années 1990 (comme au Mali et au Sénégal), mais leur nombre et leur force se sont beaucoup accrues depuis lors, et elles pourraient représenter un

élément de solution pour l'extension de la protection sociale aux personnes exclues de l'économie informelle.

## ***2.2. Contribution à la lutte contre le VIH/SIDA***

L'impact tragique du VIH/SIDA est désormais largement répandu sur tout le continent africain et constitue une catastrophe humanitaire. Plus de 30 millions de personnes ont été infectées par le virus, dont plus de 70% en âge de travailler, certains pays d'Afrique Australe présentant des taux de prévalence supérieurs à 30%. Comme le souligne UNAIDS, en Afrique de l'Ouest les taux de prévalence sont extrêmement hétérogènes (faible au Sénégal et parmi les plus élevés d'Afrique en Côte d'Ivoire notamment). Le Sénégal fait office de modèle à cet égard avec un taux de prévalence de moins de 2%, notamment dû à une mobilisation sociale et politique importante, le rôle joué par les chefs religieux et l'application efficace d'un système de gestion des infections sexuellement transmissibles.

Les femmes sont particulièrement vulnérables au VIH. Dans de nombreux pays, les taux d'infection des jeunes femmes (de moins de 24 ans) sont en effet de deux à six fois supérieurs aux taux constatés chez les jeunes hommes. Cette situation sanitaire est encore aggravée par l'exclusion multiple qui frappe ces populations: familiale, sociale et souvent médicale. L'inefficacité des systèmes de soins de santé en rend l'accès extrêmement difficile pour les pauvres et les gens infectés par le VIH. La pandémie représente un fardeau considérable pour les systèmes de soins de santé, qui peut cependant être atténué par des politiques visant à diminuer les risques sociaux (à travers les systèmes de sécurité sociale) empêchant l'expansion de la maladie. En outre, le développement de régimes de protection sociale à base communautaire représente une chance à ne pas négliger d'atteindre ces populations, particulièrement dans les zones rurales, où les programmes de prévention ont peu d'impact.

La pandémie VIH/SIDA a désormais atteint un très haut niveau de prévalence dans de nombreux pays subsahariens. Cela entraîne bien sûr un coût humain élevé, qui affecte l'ensemble de la société. Les régimes de sécurité sociale sont aussi fortement affectés financièrement par un accroissement des dépenses de santé et des prestations liées à l'invalidité, la maladie et la mort, y compris les prestations de survivants. Les projections actuarielles des dépenses futures des régimes de pensions doivent tenir compte de ces facteurs, même si les projections actuarielles effectuées pour deux pays africains – la Namibie et l'Éthiopie – montrent que si à court terme l'impact du VIH/SIDA est plus coûteux pour le régime, ce n'est pas le cas à long terme.

## **3. Les principales caractéristiques de l'extension de la sécurité sociale**

### ***3.1. Diversité des formes d'exclusion***

Dans de nombreux pays, la structure des régimes instaurés en Afrique et même la législation ont été fortement influencées par la pratique européenne. Si cela a pu être approprié dans le cas des fonctionnaires, cela l'a beaucoup moins été quant à la conception et à l'administration de la sécurité sociale dans l'Afrique d'après l'indépendance.

Les tendances en matière de couverture individuelle en Afrique subsaharienne ainsi qu'ailleurs ne sont pas conformes à la théorie classique du développement qui suppose que, à mesure que les économies se développent, les travailleurs seront à la longue employés dans

des emplois salariés réguliers du secteur structuré. Dans certains pays, c'est l'inverse qui s'est passé, avec une évolution s'intensifiant vers l'informalisation de la main-d'œuvre.

A cet égard, les lacunes de la couverture peuvent prendre plusieurs formes :

- Lacunes dans la gamme des prestations fournies.
- Lacunes dans le niveau des prestations fournies.
- Lacunes dans les catégories de personnes couvertes.

### **3.2 Diversité des acteurs, des systèmes et des stratégies pour étendre la couverture sociale**

Il ressort de l'expérience mondiale en matière de réformes des régimes de sécurité sociale que toute une série de questions, d'acteurs et d'instruments doivent être pris en considération dès lors qu'il s'agit d'élargir la couverture. Comme les représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs l'ont conclu, lors de la 89<sup>e</sup> session de la Conférence internationale du Travail de 2001, *« priorité absolue doit être donnée à la conception de politiques et d'initiatives propres à faire bénéficier de la sécurité sociale ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes en vigueur. Dans nombre de pays, il s'agit des salariés des petits établissements, des travailleurs indépendants, des travailleurs migrants et des personnes occupées dans l'économie informelle, dont beaucoup sont des femmes. Quand la couverture ne peut être accordée immédiatement à ces groupes, on pourrait introduire des mécanismes d'assurance – le cas échéant sur une base volontaire – ou d'autres mesures telles que l'assistance sociale, puis les étendre et les intégrer au système de sécurité sociale à un stade ultérieur, une fois que l'intérêt des prestations a été démontré et que cela est économiquement viable. Certains groupes ont des besoins différents, d'autres ont une capacité contributive très réduite. Pour que l'extension de la sécurité sociale soit une réussite, ces différences doivent être prises en compte. Il faudrait également explorer de manière rigoureuse le potentiel de la micro-assurance : quand bien même elle ne peut être la base d'un système complet de sécurité sociale, elle peut constituer une première étape utile, notamment pour répondre à l'urgente nécessité d'améliorer l'accès aux soins de santé. Les politiques et initiatives relatives à l'extension de la couverture doivent s'inscrire dans le contexte d'une stratégie nationale intégrée de sécurité sociale. »*

L'objectif est dès lors de trouver des solutions qui répondent au souci d'équité, d'efficience, de solidarité, de responsabilité des acteurs, de gestion démocratique et de viabilité des systèmes tout en poursuivant l'objectif d'étendre la protection sociale aux exclus et aux pauvres.

Il existe essentiellement quatre options souvent combinées pour y parvenir :

- Se concentrer sur l'extension et l'adaptation des régimes légaux d'assurance sociale

Certains pays ont obtenu de bons résultats, mais les facteurs importants sont l'engagement politique, les ressources publiques et la mobilité de la main-d'œuvre. D'autres pays ont essayé d'adapter la structure des prestations et des cotisations aux besoins prioritaires et à la capacité contributive des travailleurs de l'économie informelle. Dans certains pays, cela s'est réalisé dans le cadre des régimes légaux d'assurance sociale; dans d'autres, à travers des régimes publics spéciaux pour des catégories de travailleurs tels que les travailleurs indépendants, les gens de maison et les travailleurs agricoles ou du bâtiment.

- Encourager la couverture volontaire à travers les régimes contributifs

Cette approche met l'accent sur la participation des pauvres et le renforcement de leur organisation, afin qu'ils puissent acquérir une représentation, une visibilité et un pouvoir de négociation leur permettant de défendre leurs intérêts et de faire valoir leurs points de vue au niveau local, national et international. Dans le domaine de la protection sociale, le BIT travaille en particulier sur les régimes de micro-assurance à base communautaire en tant que solution potentielle pour l'extension de la protection sociale, notamment dans les pays à bas revenus et dont les capacités administratives sont faibles. Ces régimes sont encore peu nombreux à l'échelon mondial, mais ils font l'objet d'un intérêt grandissant. Ce genre de système est susceptible de remplir diverses fonctions en plus de la prévention des risques et de son indemnisation à travers l'assurance. Dans le domaine de la santé, par exemple, ces régimes peuvent contribuer à la création d'une demande solvable de services, favoriser l'amélioration de la qualité des soins, améliorer l'efficacité des dépenses de soins de santé ou établir des services de soins de santé. Ils peuvent aussi en principe renforcer l'efficacité de l'allocation des ressources ainsi que des mécanismes de redistribution en faveur des pauvres. Ils peuvent jouer un rôle important dans la prévention et l'éducation sanitaire. Ils peuvent rendre plus facile la représentation des usagers des services de soins de santé et contribuer à la gestion démocratique du secteur.

- Instaurer des prestations ou services universels (comme les soins de santé) financés par l'impôt

Cette approche vise à promouvoir des régimes financés par l'impôt pour les groupes vulnérables qui peuvent ne pas être en mesure de bénéficier d'un régime contributif. Ces régimes sont exposés à des difficultés administratives et financières qui doivent être prises en compte dans leur conception. Dans beaucoup de pays en développement, ces contraintes peuvent être des facteurs cruciaux.

- Établir ou étendre des prestations ou des services sous condition de ressources (assistance sociale) avec également un financement par l'impôt

Beaucoup de pays lors du processus de mise en place d'un système national de sécurité sociale adopteront une combinaison de ces options. La définition d'une stratégie d'extension de la protection sociale résultera d'une analyse des problèmes (causes d'exclusion) et des capacités utilisables pour s'y attaquer. Il est très important pour les États d'identifier les capacités aux niveaux institutionnel et financier. Pour les exclus, il convient de considérer leur capacité contributive, ainsi que leurs possibilités d'organisation et le niveau de ces possibilités.

En Afrique de l'Ouest en particulier, la capacité limitée de l'État et la faiblesse institutionnelle des organismes de sécurité sociale limitent le rôle qu'ils peuvent jouer dans l'extension de la couverture. En l'occurrence, les efforts devraient être concentrés sur les formes d'assurance qui peuvent être mises en place à l'échelon local et sur les priorités en termes de prestations (notamment, les indemnités de maladie et funéraires). Ces systèmes, rassemblés sous la rubrique de la micro-assurance, sont assez divers mais ont au moins en commun trois caractéristiques, hormis l'utilisation de l'assurance :

- Ils sont au moins partiellement financés par leurs affiliés ;
- L'affiliation est volontaire ou automatique ;

- L'État n'est pas responsable de leur création ou de leur gestion.

En revanche, étant donné que ces systèmes sont destinés à des gens disposant de peu de ressources, il est légitime, au titre de la solidarité et de l'équité, qu'ils bénéficient d'un soutien financier (subventions pour la prestation de services ou l'assurance). Ce soutien est aussi une incitation à la création et au développement des systèmes. Malheureusement, dans de nombreux pays, les possibilités de soutien financier sont très limitées ou même inexistantes. En l'absence de mécanismes de redistribution, ces systèmes doivent être considérés comme une forme transitoire de protection. S'agissant des personnes bénéficiant d'une protection sociale institutionnelle mais qui sont susceptibles d'être exclues du fait de leur risque personnel, l'action doit être centrée sur la réglementation des systèmes de protection sociale et le développement de transferts entre les personnes assurés.

La tendance qui semble se dégager est que la protection sociale sera de plus en plus assurée dans un pays particulier par plusieurs systèmes fonctionnant de façon complémentaire. Il est probable que ces différents systèmes résulteront d'initiatives de l'État et des partenaires sociaux, ainsi que de la société civile et du secteur commercial privé. Cette multiplicité des systèmes nécessite des efforts bien coordonnés en matière de politique économique et sociale afin d'apporter une cohésion et une efficacité accrues aux régimes existants et futurs. Cette coordination est également nécessaire pour allouer les ressources disponibles de façon optimale, maintenir le caractère incitatif des mesures préconisées et réduire la fraude et les abus. Elle requiert un renforcement de la coopération entre les institutions publiques (finances/santé par exemple) et les autres acteurs impliqués dans les divers mécanismes, ainsi qu'avec les organes de réglementation de l'État.

En conséquence, étant donné la diversité des systèmes existants et des acteurs en présence, il est souhaitable qu'un dialogue et des consultations avec les représentants des différentes parties concernées soient mis en place dans le processus d'élaboration, de planification de la stratégie d'extension la couverture sociale afin de déterminer consensuellement l'orientation des réformes futures. En tout état de cause, la détermination des modalités d'extension est soumise à des choix politiques. Il revient dès lors à chaque pays de déterminer les objectifs et les valeurs sur la base desquels il définira, en fonction de ses caractéristiques nationales, les stratégies d'extension de la protection sociale.

#### **4. Les efforts du BIT pour étendre la couverture de la sécurité sociale**

##### ***4.1. Le nouveau consensus***

Durant ces cinq dernières années, le BIT a accordé une haute priorité aux besoins des exclus et à la façon dont on pourrait leur fournir, non seulement une sécurité sociale plus efficace, mais aussi de meilleures chances d'échapper à la pauvreté et d'éviter les conséquences de la maladie et de l'invalidité. La discussion générale à la Conférence Internationale du Travail (CIT) à Genève en 2001 a été axée sur les modalités d'extension de la couverture de la sécurité sociale. Un fort consensus s'est dégagé parmi les États membres et les représentants des employeurs et des travailleurs, et cette position commune a été exposée dans une déclaration détaillée publiée sous le titre : *Sécurité sociale : un nouveau consensus* (Genève, 2001).

Le secteur de la Protection sociale du BIT s'est appuyé sur le nouveau consensus sur la sécurité sociale, pour lancer la *Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture*

*pour tous*, en juin 2003 par le Directeur général, les représentants des travailleurs et des employeurs. Cette Campagne mondiale dont plusieurs lancement sont en cours de réalisation au niveau sous-régional et national (Népal, Mozambique, Sénégal, Nigeria, etc.) vise à :

- **Améliorer la compréhension globale de la sécurité sociale** par la recherche, l'analyse des meilleures pratiques à travers le monde, l'élaboration de nouveaux mécanismes pour atteindre les travailleurs de l'économie informelle et l'établissement de directives pour l'extension des droits aux prestations de base.
- **Parvenir à des améliorations concrètes de la couverture sociale** à travers des projets d'assistance technique axés sur un diagnostic des besoins non satisfaits et sur les moyens de les satisfaire, en renforçant la formation des acteurs concernés et favorisant les discussions sur les politiques à suivre, en renforçant les institutions et le dialogue social, en appuyant la formulation de plans d'action, en établissant des réseaux d'organismes de soutien et d'individus, et en contrôlant et évaluant les résultats.
- **Sensibiliser et mobiliser les principaux acteurs et les partenariats**, en particulier avec les éventuels pays et organismes donateurs pour assurer un large soutien à la mise en œuvre de la campagne.

#### ***4.2. Une approche nationale basée sur le dialogue social***

L'élaboration de stratégies d'extension de la sécurité sociale implique que l'on fasse des choix réalistes concernant ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut pas faire. Ces choix doivent tenir compte de l'environnement économique, social et politique national. Ils doivent aussi tenir compte des systèmes existants, en particulier, les organismes de sécurité sociale ainsi que des besoins, de la situation et des souhaits des différents acteurs : représentants des pouvoirs publics, institutions de sécurité sociale, partenaires sociaux, organisations de la société civile et partenaires internationaux.

Il est dès lors recommandé qu'une approche basée sur les principes de l'OIT et en particulier sur le dialogue social soit mis en œuvre au niveau national ce qui correspond à l'esprit des discussions du Nouveau consensus. Cette approche a déjà été expérimentée au Mali en 2002-2003, ainsi que dans d'autres pays et régions (Sri Lanka et Honduras) dans le cadre de projets de coopération technique financés par le gouvernement des Pays-Bas. Cette démarche visant à impliquer les acteurs tripartites depuis l'élaboration des réformes jusqu'à leur mise en place a démontré son efficacité. Dans les trois pays, un diagnostic national des régimes existants et des besoins de protection sociale des populations exclues et un plan national d'action ont été réalisés et fournissent la base d'un consensus national sur les orientations des réformes à entreprendre pour étendre la couverture sociale.

#### ***4.3. Le programme STEP du BIT en Afrique***

Le programme global Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) du BIT est l'outil opérationnel clé de la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous. Le programme se consacre à des activités de terrain, de recherche, de formation, de diffusion des connaissances et de plaidoyer conformément à l'objectif stratégique d'extension de la couverture et de renforcement de l'efficacité de la protection sociale pour tous. STEP est actif dans deux domaines particuliers : l'extension de la protection sociale aux pauvres et aux exclus, en particulier dans l'économie informelle et la lutte contre l'exclusion sociale.

Le projet STEP en Afrique intervient au Bénin, au Burkina Faso, au Sénégal, au Mali, en Guinée Bissau, en Guinée Conakry et Niger, en partenariat notamment avec des agences Nations Unies, des organisations de coopération et des ministères techniques. Ce projet intervient à différents niveaux. Au niveau local, le programme STEP fournit une aide aux organisations communautaires et socioprofessionnelles de l'économie informelle. Ainsi, près d'une centaine de micro assurances santé sont soutenues, ce qui représente une population cible de plus de 200.000 personnes. Au niveau intermédiaire, il vise à renforcer le rôle des partenaires sociaux, des fédérations d'organisations pour la mise en place de systèmes de protection sociale à base communautaire (à l'exemple de l'Union des Coopératives Nationales Agricoles du Sénégal qui regroupe 4.500 organisations coopératives et développe un système d'assurance santé pour leurs membres) et le renforcement de structures d'appui telles que l'Union Technique de la Mutualité au Mali et l'Union des Mutuelles de Santé de Dakar au Sénégal. Enfin, au niveau national, le programme STEP cherche à mettre en place, au moyen du dialogue social, un environnement porteur pour promouvoir la protection sociale et l'intégration sociale pour tous dans la plupart des pays francophones d'Afrique.

Au niveau international, le programme STEP vise la création de partenariats techniques et financiers et la mise en réseau des acteurs clés. Le programme STEP travaille avec les partenaires majeurs, tels que l'OMS, la Banque mondiale, l'UNICEF, l'USAID. Depuis 1998, le programme STEP est soutenu par différents donateurs, dont la Belgique et le Portugal, ainsi que le FNU, le PNUD, le FNUAP, les Pays-Bas, la France, etc.

Le programme STEP développe une stratégie basée sur le partenariat et a été à la base de la «Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique» (appelée La Concertation – [www.concertation.org](http://www.concertation.org)). La Concertation vise à favoriser la coordination des actions par l'échange d'expériences et de compétences entre acteurs issus d'organisations de l'économie informelle, d'institutions publiques, de partenaires sociaux et d'organisations internationales visant à soutenir le mouvement mutualiste en Afrique. Ce réseau est actif dans 11 pays francophones et comprend plus de 150 membres.

## **5. Développements futurs en Afrique**

En reconnaissance de la priorité qu'il accorde à l'objectif mondial d'extension de la couverture de sécurité sociale, et de l'importance spécifique que cette question revêt pour le développement du concept de travail décent en Afrique et l'atteinte des objectifs de développement du millénaire (la santé est directement liée à 4 des 8 ODM), le BIT propose de lancer une initiative spéciale pour l'Afrique sur l'extension de la couverture. L'initiative prendra comme point de départ les éléments suivants :

- 50 pour cent des Africains vivent avec moins de 1 dollar EU par jour ;
- Moins de 10 pour cent des Africains des pays subsahariens sont couverts par la sécurité sociale ;
- La reconnaissance du fait que dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, les régimes publics existants ont éprouvé des difficultés considérables à répondre aux besoins de protection sociale et à faire bénéficier de la sécurité sociale des travailleurs autres que ceux du secteur structuré ;
- Le besoin de renforcer la détermination et les capacités chez les mandants de l'OIT en Afrique à travers l'aide à l'élaboration de programmes qui étendront la couverture de sécurité sociale et répondront donc directement à la nécessité de réduire la pauvreté.

Les activités essentielles de l'initiative comporteront les éléments suivants :

- Réévaluation des programmes de sécurité sociale existants et des politiques sur lesquels ils sont basés, en mettant particulièrement l'accent sur les questions de gestion et d'extension de la couverture ;
- Identification des besoins prioritaires de sécurité sociale et des sources de financement ;
- Réexamen des rôles respectifs des pouvoirs publics, du secteur privé, des employeurs et de la société civile dans la fourniture de la protection sociale ;
- Conception de régimes de sécurité sociale appropriés pour l'économie informelle et les personnes vivant dans les zones rurales;
- Identification des pays pour les études pilotes, les diagnostics nationaux des besoins et des dispositions existantes en matière de sécurité sociale et l'élaboration de plans d'action ;
- Recueil et diffusion des meilleures pratiques et des modèles de stratégies innovatrices et efficaces pour atteindre et organiser les travailleurs de l'économie informelle ;
- Établissement de mécanismes pour la participation effective des organisations syndicales de l'économie informelle au processus de dialogue social concernant la sécurité sociale ;
- Élaboration de programmes liant l'extension de la protection sociale aux autres programmes de protection sociale et d'emploi du BIT en vue de développer des programmes intégrés et la mise en œuvre des principes de travail décent pour les travailleurs de l'économie informelle dans toute l'Afrique. Des partenariats seront recherchés avec d'autres organisations internationales et des organismes donateurs.

Afin d'encourager le soutien à cette initiative, l'OIT et ses mandants tripartites informeront les pays donateurs et les organisations internationales des défis que représente l'extension de la couverture de sécurité sociale en Afrique et créeront un cadre pour orienter les ressources et les connaissances spécialisées vers un programme d'action coordonné afin de relever les niveaux de couverture en Afrique. Ils aideront aussi la communauté des donateurs à réaliser un ciblage efficace des ressources afin d'élargir la couverture dans les pays visés par l'Initiative.

12-04-2004