
ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

**Construire un socle de protection sociale
avec le Pacte mondial pour l'emploi**

Deuxième Colloque africain sur le travail décent
Yaoundé (Cameroun), 6-8 octobre 2010

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL GENÈVE

Copyright © Organisation internationale du Travail 2010

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée à Publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de gestion des droits de reproduction ne peuvent faire des copies qu'en accord avec les conditions et droits qui leurs ont été octroyés. Visitez le site www.ifro.org afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

ISBN 978-92-2-223933-7 (imprimé)

ISBN 978-92-2-223934-4 (pdf Web)

Première édition 2010

Construire un socle de protection sociale avec le Pacte mondial pour l'emploi / Bureau international du Travail, Département de la sécurité sociale – Genève, BIT, 2010
xviii. 153 p.

International Labour Office and Social Security Dept; African Decent Work Symposium Yaoundé 2nd, 2010, Yaoundé, Cameroon

rapport de réunion / protection sociale / politique de la sécurité sociale / assurance-maladie / revenu garanti / Afrique

02.03.1

Données de catalogage des publications du BIT

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Des catalogues et listes des nouvelles publications peuvent être obtenus gratuitement à la même adresse, ou par e-mail: pubvente@ilo.org ou par notre site Web: www.ilo.org/publns.

Imprimé par le Bureau international du Travail, Genève, Suisse

Avant-propos

Le présent rapport a été établi pour faciliter les débats sur l'avenir de la protection sociale en Afrique lors du deuxième Colloque africain sur le travail décent intitulé «Construire un socle de protection sociale avec le Pacte mondial pour l'emploi». Ce colloque offrira l'occasion d'examiner et d'évaluer les efforts accomplis dans la région, d'analyser les défis et obstacles qu'il faudra encore surmonter pour édifier des systèmes de protection sociale décents, conformément aux exigences du Pacte mondial pour l'emploi.

Le rapport présente les progrès que réalisent les pays africains en termes de renforcement de leurs politiques et programmes de protection sociale afin que tous les citoyens et résidents finissent par bénéficier d'une couverture sociale adéquate.

Cette rencontre de Yaoundé s'inscrit dans le sillage du premier Colloque africain sur le travail décent, qui a été organisé à Ouagadougou, au Burkina Faso, les 1^{er} et 2 décembre 2009, et dans le cadre duquel la feuille de route pour la mise en œuvre du Pacte mondial pour l'emploi en Afrique a été adoptée. La feuille de route appelle à la définition, dans tous les pays membres, d'une stratégie visant à étendre la sécurité sociale, notamment à travers l'instauration d'un socle de protection sociale constitué de prestations et services essentiels, comme l'a également recommandé le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS).

Ce colloque fait également suite à la onzième Réunion régionale africaine d'avril 2007, qui a adopté l'Agenda du travail décent en Afrique 2007-2015 et a recommandé que tous les pays d'Afrique mettent en œuvre des stratégies nationales cohérentes en matière de sécurité sociale, notamment pour créer ou étendre le système de sécurité sociale. Le continent africain a déjà défini un «Cadre de politique sociale pour l'Afrique», adopté lors d'une réunion ministérielle organisée à Windhoek, Namibie, en octobre 2008.

A l'occasion d'une Réunion tripartite d'experts sur les stratégies d'extension de la couverture de la sécurité sociale organisée par le BIT à Genève du 2 au 4 septembre 2009, les experts se sont fermement prononcés en faveur d'une stratégie d'extension de la sécurité sociale articulée autour de deux dimensions. La première, dite «horizontale», vise à étendre la couverture à tous les individus défavorisés en garantissant, au minimum, l'accès – conçu comme une priorité – à un ensemble élémentaire de prestations. La seconde, dite «verticale», vise à atteindre – à mesure que le pays parvient à un stade de développement supérieur – des niveaux de protection plus élevés, au moins conformes à ceux définis par les principales conventions et recommandations à jour de l'OIT dans le domaine de la sécurité sociale.

Ces deux dimensions de la stratégie – extension horizontale et verticale – peuvent être mises en œuvre en parallèle et de façon synergique. En Afrique et dans d'autres régions du monde, beaucoup de pays ont démontré qu'il était possible d'étendre la couverture et de renforcer les régimes d'assurance sociale tout en instaurant, simultanément, de nouveaux programmes afin d'établir un socle de protection sociale sous forme de prestations et services élémentaires accessibles aux populations les plus pauvres et les plus vulnérables.

Nous espérons que le colloque parviendra à ériger la sécurité sociale, conçue comme un moyen de lutter contre la pauvreté et de réagir à la crise économique, financière et sociale qui frappe la région, et plus particulièrement l'instauration d'un socle de protection sociale, au rang de priorité politique dans les pays africains. Cette rencontre permettra aussi au continent africain d'apporter une contribution importante au débat sur le rôle de l'OIT dans l'extension de la sécurité sociale, débat qui se poursuivra en 2011, à l'occasion de la 100^e session de la Conférence internationale du Travail.

Michael Cichon
Directeur
Département de la sécurité sociale
BIT

Table des matières

	<i>Page</i>
Avant-propos.....	iii
Remerciements.....	xiii
Résumé exécutif.....	xv
Abréviations et acronymes.....	xxxii
Introduction.....	1
1. Contexte de l'action publique.....	5
1.1. Tendances générales.....	5
1.2. La dynamique en faveur de politiques d'extension de la protection sociale en Afrique.....	6
1.3. La Déclaration et le Plan d'action de Ouagadougou.....	6
1.4. Promouvoir l'Agenda du travail décent de l'OIT.....	7
1.5. L'Appel de Livingstone et la Déclaration de Yaoundé.....	8
1.6. La onzième Réunion régionale africaine de l'OIT, 2007.....	9
1.7. Cohérence entre la protection sociale et les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP).....	9
1.8. Objectifs immédiats et pertinence de la protection sociale en Afrique.....	10
2. Le contexte social et économique africain.....	13
2.1. Méthodologie.....	13
2.2. Structure de la population africaine.....	14
2.3. La pauvreté: un trait caractéristique du contexte social et économique africain.....	14
2.4. La pauvreté monétaire: un rôle déterminant dans les carences multiples.....	16
2.5. Pauvreté et carences en matière de santé et d'éducation.....	18
2.5.1. Des taux élevés de fécondité, de mortalité maternelle et de mortalité des enfants.....	19
2.5.2. Une espérance de vie faible.....	19
2.5.3. La malnutrition et les carences dans l'enfance.....	20
2.5.4. L'impact du VIH/sida sur la structure familiale et sociale.....	21
2.5.5. L'impact de la malnutrition et autres carences subies pendant l'enfance.....	23
2.5.6. Pauvreté et carences éducatives.....	23
2.5.7. Conséquences sociales et économiques de la faible scolarisation des filles.....	26
2.6. Accès aux services.....	26
2.7. Problématiques liées au marché du travail: emploi, chômage et secteur informel.....	26
2.7.1. L'économie informelle.....	29
2.7.2. La pauvreté rurale.....	31
2.7.3. La famine, la faim et les crises alimentaires récurrentes.....	31

	<i>Page</i>
2.8. Conséquences sociales des crises financières et économiques récentes	32
2.8.1. Fluctuations des fonds de pension et de retraite	33
2.8.2. Diminution des envois de fonds	34
2.8.3. Effets sexospécifiques	34
2.8.4. Effets de la crise sur les finances publiques et l'aide au développement	34
2.8.5. Le rôle de la sécurité sociale en période de crise: enseignements tirés	34
2.9. Quelques conclusions.....	35
3. La protection sociale de la santé en Afrique	36
3.1. Contexte	38
3.2. Equité de l'accès aux soins de santé et à la protection financière en Afrique: un enjeu fondamental.....	38
3.2.1. Les inégalités régionales en matière de couverture par la protection sociale de la santé	38
3.2.2. Inégalités dans la couverture par la protection sociale de la santé au sein des pays africains	44
3.3. Comment étendre la protection sociale de la santé dans les pays africains pour parvenir à une couverture universelle?	46
3.3.1. Mettre au point des mécanismes pérennes de financement de la santé	46
3.3.2. Parvenir à la couverture universelle et garantir l'accès effectif	49
3.4. Obstacles à la mise en œuvre de la protection sociale de la santé en Afrique	51
3.5. Conclusions.....	52
4. Régimes de sécurité de revenu.....	53
4.1. La sécurité du revenu en Afrique: tour d'horizon.....	53
4.1.1. Lacunes de la couverture	53
4.1.2. Vieillesse et retraite	54
4.1.3. Travailleurs migrants.....	55
4.1.4. Chômage.....	56
4.2. L'économie formelle.....	56
4.2.1. Tour d'horizon.....	56
4.2.2. Risques	57
4.2.3. Respect des obligations contributives.....	58
4.2.4. Handicaps à surmonter dans le domaine de l'assurance sociale.....	60
4.3. L'économie informelle.....	60
4.3.1. Tour d'horizon.....	60
4.3.2. Transferts sociaux: l'expérience africaine	61
4.4. Financement.....	63
4.4.1. Aspects budgétaires	63
4.4.2. Niveau et revalorisation des prestations	65
4.5. Conclusions.....	66

	<i>Page</i>
5. Nouvelles solutions stratégiques et nouveaux défis.....	67
5.1. Une logique de résultat	67
5.2. Ebauche de stratégie de référence.....	68
5.2.1. La dimension horizontale.....	68
5.2.2. La dimension verticale.....	69
5.2.3. La sécurité sociale vue comme un escalier.....	70
5.3. Un ensemble minimum de garanties de sécurité sociale conçu comme une composante du socle de protection sociale.....	70
5.4. L'accessibilité financière de la sécurité sociale pour les pays en développement d'Afrique	73
5.5. Défis stratégiques.....	79
5.5.1. Concilier protection efficace et souplesse au plan de l'organisation.....	79
5.5.2. Assurer la cohérence de l'architecture des systèmes nationaux de sécurité sociale.....	80
5.5.3. Créer la marge budgétaire nécessaire.....	80
6. Conclusions.....	84
6.1. Un cadre d'action pour l'extension du système national de sécurité sociale.....	84
6.2. Stratégies de mise en œuvre.....	85
Bibliographie.....	87
 Annexes	
I. L'extension des programmes de protection sociale en Afrique: quelques études de cas.....	95
II. Annexe statistique.....	116
 Tableaux	
Tableau 2.1. Indice numérique de pauvreté pour les seuils internationaux de pauvreté de 1 dollar et 1,25 dollar par jour et écart de pauvreté, par région, 1981-2005 (pourcentages)	16
Tableau 2.2. Salariés (travailleurs percevant un salaire ou traitement) sur le marché du travail à l'échelle mondiale, 2008 (pourcentages)	27
Tableau 2.3. Taux d'activité des personnes âgées (65 ans et plus) et espérance de vie à 65 ans, 1980 et 2005	29
Tableau 3.1. Mécanismes financiers utilisés par les ménages pour faire face à leurs dépenses de santé en Afrique du Sud, au Kenya et au Sénégal, 2005	42
Tableau 4.1. Coût de la fourniture d'un transfert social égal à 0,50 dollar par jour (PPA) aux 10 pour cent de ménages les plus pauvres en Afrique	65

Tableaux des annexes

Tableau A1.	Maurice: indicateurs clés.....	95
Tableau A2.	Maurice: dépenses publiques de sécurité sociale et estimations, 2008-2011	97
Tableau A3.	Namibie: indicateurs clés.....	98
Tableau A4.	Afrique du Sud: indicateurs clés.....	100
Tableau A5.	Afrique du Sud: quelques indicateurs de développement social, 2004-2008	100
Tableau A6.	Afrique du Sud: dépenses d'allocations sociales, de 2005-06 à 2011-12 (pourcentage du PIB).....	101
Tableau A7.	Burkina Faso: indicateurs clés.....	103
Tableau A8.	Burkina Faso: dépenses de santé, 2000 et 2006.....	104
Tableau A9.	Egypte: indicateurs clés.....	105
Tableau A10.	Egypte: dépenses de santé, 2000 et 2006.....	106
Tableau A11.	Kenya: indicateurs clés.....	107
Tableau A12.	Rwanda: indicateurs clés.....	107
Tableau A13.	Rwanda: dépenses de santé, 2000 et 2006.....	108
Tableau A14.	Sénégal: indicateurs clés.....	110
Tableau A15.	Sénégal: dépenses de santé, 2000 et 2006	110
Tableau A16.	Sierra Leone: indicateurs clés.....	111
Tableau A17.	Tunisie: indicateurs clés.....	112
Tableau A18.	Tunisie: dépenses de santé, 2000 et 2006.....	112
Tableau A19.	Ouganda: indicateurs clés.....	113
Tableau SA1.	Sélection d'indicateurs démographiques	
	a) Aperçu général, diverses années entre 2000 et 2010.....	116
	b) Fécondité, mortalité des enfants, mortalité maternelle et espérance de vie à la naissance, par région, 2000, 2005 et 2009.....	119
Tableau SA2.	Sélection d'indicateurs sociaux, par région, diverses années.....	123
Tableau SA3.	Accès aux services, 2000-2006.....	124

	<i>Page</i>
Tableau SA4.	Indicateurs de la population active et de l'emploi
	a) Taux d'activité de la population âgée de 15 à 64 ans..... 127
	b) Taux d'activité de la population âgée de 65 ans et plus 130
	c) Situation dans la profession, dernière année disponible..... 134
	d) Chômage en pourcentage de la population active, diverses années 136
	e) Emploi et envois de fonds, diverses années 138
Tableau SA5.	Tendances démographiques en Afrique, 2000-2050
	a) Taux de dépendance 141
	b) Vieillesse..... 144
Tableau SA6.	Couverture légale de la sécurité sociale par branche
	a) Aperçu général 147
	b) Vieillesse 152
Tableau SA7.	Estimations régionales de la couverture légale de la vieillesse, des accidents du travail et du chômage, 2008-09 155
Tableau SA8.	Dépenses publiques de sécurité sociale (dépenses totales et dépenses hors santé) en pourcentage du PIB, 2000 et dernière année disponible 157
Tableau SA9.	Dépenses publiques de sécurité sociale par branche en pourcentage du PIB, dernière année disponible 159
 Graphiques	
Graphique 2.1.	Pauvreté et RNB par habitant, Afrique de l'Est et australe (AEA), 2006 18
Graphique 2.2.	Espérance de vie à la naissance et mortalité des enfants, par région, 2006..... 20
Graphique 2.3.	Etat nutritionnel et poids à la naissance, par région, 2000-2006 21
Graphique 2.4.	Pourcentage d'enfants orphelins, 2005 et projections pour 2010..... 22
Graphique 2.5.	Enfants rendus orphelins par le sida en pourcentage du total des enfants orphelins, 2005 23
Graphique 2.6.	Taux de scolarisation dans l'enseignement primaire (taux net), par sexe et par région, 2000-2006..... 25
Graphique 2.7.	Pourcentage d'inscrits à l'école primaire arrivant en cinquième année, par source de données, 2000-2006 25
Graphique 2.8.	Part de l'emploi dans l'économie informelle en pourcentage de l'emploi total (y compris dans l'agriculture), diverses années..... 30

	<i>Page</i>
Graphique 3.1. Protection de la santé: proportion de la population couverte par des régimes prévus par la loi, dernière année disponible (pourcentages).....	37
Graphique 3.2. Montant du financement des soins de santé et source des fonds, 2006 (pourcentage du PIB).....	37
Graphique 3.3. Déficit d'accès dans le monde d'après l'indicateur de déficit lié aux effectifs du personnel de santé de l'OIT, 2008.....	39
Graphique 3.4. Indice de pauvreté humaine et déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé, 2008	40
Graphique 3.5. Couverture par la protection sociale de la santé dans quelques pays africains, 2008	41
Graphique 3.6. Dépenses de santé financées par les paiements directs des ménages, 2008 (pourcentages)	42
Graphique 3.7. Aperçu général des résultats de la protection sociale de la santé dans quelques pays africains, 2009.....	43
Graphique 3.8. Naissances assistées par du personnel de santé qualifié, diverses années entre 2000 et 2008 (pourcentages, par quintile de richesse).....	45
Graphique 3.9. Sources de financement des prestations de maternité en espèces dans 51 pays africains, 2008.....	48
Graphique 4.1. Individus ayant dépassé l'âge de la retraite et percevant une pension et taux d'activité de la population âgée de 65 ans et plus, dernière année disponible (pourcentages).....	54
Graphique 4.2. Bénéficiaires d'une pension de vieillesse (quel que soit leur âge) en proportion de la population âgée, 2008 (pourcentages).....	55
Graphique 4.3. Pensions de vieillesse: couverture légale et travailleurs cotisant effectivement au sein de la population en âge de travailler, par région, 2008-09 (pourcentages)	59
Graphique 4.4. Total des dépenses publiques de sécurité sociale, par région, pondérées par la population, dernière année disponible (pourcentage du PIB).....	64
Graphique 5.1. La sécurité sociale vue comme un escalier.....	70
Graphique 5.2. Coût des composantes d'un ensemble élémentaire de prestations de sécurité sociale dans quelques pays africains, 2010 (pourcentage du PIB).....	75
Graphique 5.3. Coût de pensions universelles de vieillesse et d'invalidité de base dans un échantillon de pays africains, 2010, 2020 et 2030 (pourcentage du PIB).....	76
Graphique 5.4. Total des dépenses publiques et dépenses sociales pour différents niveaux de PIB par habitant, dernière année disponible	77

	<i>Page</i>
Graphique 5.5. Hausse des recettes publiques nationales dans un échantillon de pays africains, 2002-2007 (pourcentage du PIB)	78
Graphique 5.6. Total des dépenses sociales publiques, estimations régionales pondérées par le PIB, dernière année disponible entre 2002 et 2007 (pourcentage du PIB).....	81
Graphique 5.7. Total des dépenses publiques de sécurité sociale, estimations régionales pondérées par la population, dernière année disponible entre 2002 et 2007 (pourcentage du PIB).....	81
Graphique 5.8. Taille de l'Etat et proportion des dépenses publiques allouées à la sécurité sociale, dernière année disponible	83

Remerciements

Les parties factuelles du présent rapport ont été rédigées, pour le compte du Bureau international du Travail, par Vivienne Taylor, responsable du Département du développement social de l'Université du Cap et membre de la Commission nationale de planification sud-africaine. Des membres du Département de la sécurité sociale du BIT et des spécialistes basés sur le terrain en Afrique ont également apporté leur contribution, en l'occurrence: Christine Bockstal, Florence Bonnet, Théopiste Butare, Michael Cichon, Nuno Cunha de Mello, Luis Frota, Krzysztof Hagemejer, Ursula Kulke, Tharcisse Nkanagu, Xenia Scheil Adlung, et John Woodall.

Le rapport s'appuie sur un certain nombre de publications, de rapports techniques, de rapports sur les politiques ou de rapports de coopération récents du BIT ainsi que sur des documents destinés à la Conférence internationale du Travail ou au Conseil d'administration. Au nombre de ces publications et rapports figurent:

- *Sécurité sociale: un nouveau consensus* (Genève, 2001).
- *Résolution et conclusions concernant la sécurité sociale* (Genève, 2001).
- *La protection sociale en tant que facteur productif*, Rapport à la Commission de l'emploi et de la politique sociale du Conseil d'administration de l'Organisation internationale du Travail, Conférence internationale du Travail, 89^e session (Genève, 2005).
- *Conclusions sur la promotion de l'emploi rural pour réduire la pauvreté*, Conférence internationale du Travail, 97^e session (Genève, 2008).
- *Protection sociale de la santé: Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé?*, documents de politique de sécurité sociale, document n° 1 (Genève, 2008).
- *Setting social security standards in a global society: An analysis of present state and practice and of future options for global social security standard setting in the International Labour Organization*, documents de politique de sécurité sociale, document n° 2 (Genève, 2008).
- *Can low income countries afford basic social security?*, documents de politique de sécurité sociale, document n° 3 (Genève, 2008).
- *Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable*, adoptée par la Conférence internationale du Travail lors de sa 97^e session, Genève, 10 juin 2008.
- *Draft report on assessing health financing options in Sierra Leone* (Genève, 2008).
- *Surmonter la crise: un Pacte mondial pour l'emploi*, résolution adoptée par la Conférence internationale du Travail lors de sa 98^e session, Genève, juin 2009.
- *La sécurité sociale pour tous: Un investissement dans la justice sociale et le développement économique*, documents de politique de sécurité sociale, document n° 7 (Genève, 2009).
- *Extending social security to all: A guide through challenges and options* (Genève, 2010).

-
- *World Social Security Report 2010-11: Providing coverage in times of crisis and beyond* (Genève, 2010).
 - *Emploi et protection sociale dans le nouveau contexte démographique*, Département des politiques de l'emploi et Département de la sécurité sociale (Genève, 2010).

Le rapport s'appuie également sur les publications d'auteur suivantes:

- K. Dixon-Fyle et C. Mulanga: *Responding to HIV/AIDS in the world of work in Africa: The role of social protection*, OIT/AIDS, document de travail n° 5 (Genève, 2004).
- P. Townsend (sous la direction de): *Building decent societies: Rethinking the role of social security in development* (Genève, BIT; Londres; Palgrave Macmillan, 2009).

Résumé exécutif

Cette rencontre régionale africaine vient clôturer une série d'événements organisés aux niveaux mondial et régional par le Bureau international du Travail (BIT) dans le cadre plus large de sa Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous.

Le présent rapport comprend six grands chapitres précédés d'une courte introduction. Le chapitre 1 présente le contexte dans lequel les pays d'Afrique élaborent leurs politiques de protection sociale¹, tandis que le chapitre 2 dresse un état des lieux de la sécurité sociale en Afrique. Les chapitres 3 et 4 portent respectivement sur des questions relatives à la protection sociale de la santé et sur les dispositifs destinés à offrir une sécurité de revenu à différentes catégories de la population. Chacun de ces chapitres se termine par un récapitulatif des conclusions relatives au sujet traité. Les chapitres 5 et 6 présentent une synthèse plus large de l'ensemble des conclusions qui permet de mieux appréhender la sécurité sociale et son rôle dans la réduction de la pauvreté et l'atténuation des effets néfastes des crises économiques et sociales récurrentes, ainsi que des retombées de la crise financière mondiale actuelle sur la population du continent africain. Les annexes présentent des études de cas nationales et une compilation de statistiques clés.

Contexte de l'action publique

Ces dernières années, les conceptions sur la sécurité sociale et la protection sociale, sur leurs liens avec le développement économique durable et leur pertinence en tant que solution générale à la pauvreté et au manque de capacités ont connu une évolution importante en Afrique et dans d'autres régions du monde. Cette nouvelle vision est étayée et renforcée par les données issues des travaux de recherche sur les pays d'Afrique qui ont instauré des dispositifs de protection sociale, données qui montrent que, en plus d'être indispensables pour garantir une croissance économique soutenue, les dispositifs de sécurité sociale impulsés par l'Etat sont généralement abordables pour les pays à faible revenu dès lors qu'ils s'inscrivent dans le cadre d'un éventail de mesures, et même si un soutien de la communauté internationale sous forme d'aide au développement est parfois nécessaire pendant une courte période. Dans ce contexte, le processus d'élaboration des politiques s'est notamment caractérisé par une capacité à dépasser la question de savoir si les pays doivent se doter de systèmes de protection sociale pour s'interroger sur les moyens de favoriser une mise en œuvre réussie de ces systèmes de façon à garantir le développement humain et une croissance économique qui profite à tous.

Désormais, les gouvernements des pays africains cherchent à faire des choix stratégiques et volontaristes concernant ce que doit comporter un ensemble de prestations sociales de base, la manière de déterminer le niveau de la protection fournie et la base sur laquelle le définir, les instruments nécessaires pour effectuer une évaluation et un suivi des programmes et les moyens de renforcer les capacités pour la mise en œuvre aux niveaux national, local et sous-régional. Le chapitre 1 décrit le cadre dans lequel s'inscrivent ces orientations.

La dynamique en faveur de politiques visant à développer la protection sociale observée ces dernières années en Afrique a été impulsée à la fois par l'OIT et par l'Union africaine. L'OIT a, au fil des années, adopté des conventions et recommandations sur la

¹ Dans le présent rapport, les termes «sécurité sociale» et «protection sociale» sont utilisés de façon interchangeable, sauf si le contexte indique le contraire.

sécurité sociale afin que celles déclarées à jour continuent d'être promues et appliquées. Ces instruments ne doivent pas seulement être vus comme des normes du *travail*; ils s'appliquent à des populations entières, contribuant ainsi à ce que le droit de l'homme universel qu'est la sécurité sociale devienne une réalité.

Parallèlement, l'adoption de l'Acte constitutif de l'Union africaine, le 11 juillet 2000 à Lomé (Togo), a rendu et continue de rendre plus nécessaire la définition d'un agenda stratégique commun pour remédier aux difficultés rencontrées par la population du continent.

La nécessité d'adopter une approche d'ensemble vis-à-vis du travail et des droits transparaît clairement à travers la Déclaration universelle des droits de l'homme et continue de faire l'objet d'études². Faire en sorte que «chaque femme et chaque homme puisse accéder à un travail décent et productif dans des conditions de liberté, d'équité, de sécurité et de dignité humaine»³ est désormais un élément essentiel de la stratégie adoptée par l'OIT comme par l'Union africaine en matière de protection sociale. Cet objectif doit viser «tous les travailleurs», quel que soit le secteur auquel ils appartiennent, qu'ils soient rémunérés ou non, de sexe masculin ou féminin, qu'ils travaillent dans le secteur non protégé, soient travailleurs indépendants ou encore à domicile.

La protection sociale prend de plus en plus d'importance dans la région et des efforts sont déployés pour maintenir et développer les dispositifs existants en attachant une importance particulière à la lutte contre l'exclusion.

D'autres initiatives importantes ont été prises à diverses occasions, notamment lors des rencontres de Ouagadougou (2004), Livingstone (2006), Addis-Abeba (2007) et Windhoek (2008), qui peuvent être considérées comme des étapes décisives. Le chômage et la pauvreté figuraient parmi les principaux thèmes à l'ordre du jour de la troisième session extraordinaire de l'Assemblée des chefs d'Etat et de gouvernement de l'Union africaine, en septembre 2004 à Ouagadougou au Burkina Faso. Cette rencontre a abouti à l'adoption de la Déclaration et du Plan d'action de Ouagadougou, dont les objectifs officiels sont de renforcer les pouvoirs des citoyens, de créer des opportunités et de mettre en place une protection et une sécurité sociale pour les travailleurs à travers l'instauration d'un environnement axé sur les individus, propre à promouvoir le développement et la croissance nationale. Le Plan d'action prévoit la mobilisation, aux niveaux national, régional et international, des ressources nécessaires à la mise en œuvre de différents programmes d'action. Il reconnaît la nécessité d'adopter une approche cohérente et intégrée vis-à-vis du développement social, de la création d'emplois et de la lutte contre la pauvreté.

Ensemble, la Déclaration et le Plan d'action forment le cadre sur lequel repose actuellement la stratégie de l'Union africaine en matière de développement social. Le lien entre réduction de la pauvreté, emploi productif et protection sociale établi par le Plan d'action renvoie directement à l'Agenda du travail décent de l'OIT et, ensemble, la Déclaration et le Plan d'action de Ouagadougou soutiennent les efforts déployés pour promouvoir l'Agenda du travail décent de l'OIT, qui a notamment pour objectif

² Voir, par exemple, A. Sen: «Travail et droits», dans *Revue internationale du Travail* (Genève, BIT, 2000), vol. 139, n° 2, pp. 129-139; G. Standing: *Beyond the new paternalism: Basic security as equality* (Londres, Verso/ILO, 2002).

³ OIT: *Un travail décent*, rapport du Directeur général, Conférence internationale du Travail, 87^e session, Genève, 1999, p. 3.

l'amélioration de la couverture et de l'efficacité de la protection sociale pour toutes les catégories sociales, en particulier les populations pauvres et vulnérables.

La Conférence de Livingstone tenue en mars 2006 a représenté une autre étape décisive dans l'engagement des gouvernements africains à promouvoir la protection sociale, conçue comme une réponse immédiate à la vulnérabilité croissante de la population face à la fois au dénuement chronique et aux nouvelles crises qui frappent la région. L'Appel de Livingstone reconnaît que la promotion d'une approche liant politiques pour l'emploi et réduction de la pauvreté est indispensable à la mise en œuvre d'une stratégie de développement social d'ensemble. L'Appel de Livingstone adopte pour principe directeur l'idée que la protection sociale fait partie intégrante aussi bien des programmes de promotion des droits de l'homme que de ceux qui visent à favoriser l'autonomie de la population.

La onzième Réunion régionale africaine de l'OIT, qui s'est tenue à Addis-Abeba en avril 2007, a défini les objectifs suivants en matière de sécurité sociale:

Tous les pays d'Afrique adoptent des stratégies nationales cohérentes en matière de sécurité sociale, notamment en vue de la création ou de l'extension d'un système de sécurité sociale de base donnant accès aux soins de santé essentiels, à la protection de la maternité, à des allocations pour les enfants d'âge scolaire, à la protection contre les handicaps et à une pension minimale ⁴.

Pour mettre en place des mesures aussi ambitieuses, l'Afrique doit se mobiliser sans relâche pour sensibiliser non seulement les populations en général, mais aussi les décideurs au plus haut niveau.

Tout récemment, la première Conférence des ministres en charge du développement social, organisée par l'Union africaine à Windhoek en Namibie du 27 au 31 octobre 2008, a adopté le Cadre de politique sociale pour l'Afrique. Ce cadre, qui souligne que les investissements dans la protection sociale et l'accès à la protection sociale restent faibles en Afrique, prévoit la création progressive d'un système de protection sociale et de sécurité sociale «reposant sur des plans nationaux de protection sociale complets et s'inscrivant dans un horizon temporel plus long. Au nombre des mesures à prendre figurent: l'extension des régimes d'assurance sociale existants (avec subventions en faveur des individus qui n'ont pas les moyens de cotiser); la mise en place de régimes d'assurance à base communautaire ou professionnelle reposant sur une adhésion volontaire, de services de protection sociale, de systèmes de garantie de l'emploi et l'instauration et l'extension de systèmes de transferts en espèces non contributifs, financés par des fonds publics ⁵.»

Le cadre de politique sociale invite les pays africains à choisir la stratégie d'extension de la couverture et les outils les plus appropriés à leur situation. Il souligne toutefois qu'un consensus commence à se dégager sur le fait «qu'un ensemble minimum de mesures de protection sociale de base doit contenir: les soins de santé essentiels et des prestations en faveur des enfants, des travailleurs de l'économie informelle, des chômeurs, des personnes âgées et des personnes handicapées. Cet ensemble minimum constitue une base à partir de

⁴ OIT: *Conclusions de la onzième Réunion régionale africaine: L'Agenda du travail décent en Afrique 2007-2015*, document AfRM/XI/D.3(Rev.) (Genève), p. 6, paragr. 17.

⁵ Union africaine: *Social Policy Framework for Africa*, première session de la Conférence des ministres en charge du développement social organisée par l'Union africaine, Windhoek, Namibie, 27-31 oct. 2008, document CAMSD/EXP/4(1) (Addis-Abeba), consultable à l'adresse: www.africa-union.org.

laquelle la protection sociale peut être élargie et étendue à mesure qu'une marge budgétaire se dégage.»

Il fait également observer que cet «ensemble minimum de mesures de protection sociale peut avoir un impact significatif en termes de recul de la pauvreté, d'amélioration du niveau de vie, de réduction des inégalités et de promotion de la croissance économique et s'est révélé accessible, même pour les pays à faible revenu, dans le cadre des ressources existantes, à condition d'être bien géré».

L'OIT et l'Union africaine appellent donc l'une comme l'autre à une extension des régimes de protection sociale à toutes les catégories de travailleurs et à leurs familles à travers l'instauration d'une panoplie de programmes spécifiquement destinés à lutter contre la pauvreté et la vulnérabilité. Cette panoplie de programmes devrait couvrir la santé, l'éducation et l'accès à des services élémentaires comme l'approvisionnement en eau et l'assainissement – de façon à répondre aux besoins des populations les plus exposées aux risques, en particulier les travailleurs pauvres, les pauvres vivant en milieu rural, les femmes, les enfants et les personnes âgées en situation de pauvreté. Le champ d'application et le mode de mise en œuvre de ces programmes doivent à l'évidence être adaptés au contexte social et économique de chaque pays.

Le contexte social et économique africain

La majorité des pays africains sont pauvres et, dans la plupart d'entre eux, la majeure partie de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. La pauvreté demeure un problème difficile à surmonter qui frappe des millions d'individus même si certains pays du continent ont accompli des progrès grâce à des taux de croissance économique faibles mais constants, eux-mêmes dus à des politiques macroéconomiques stables. Le chapitre 2 donne un aperçu des tendances observées en la matière dans la région, où l'ampleur et la profondeur de la pauvreté mais aussi l'importance du chômage ont une incidence dramatique sur les catégories de la population les plus vulnérables et les plus exposées aux risques.

Dans le contexte social et économique qui est celui de l'Afrique, il est nécessaire d'élaborer d'urgence des stratégies de protection sociale adaptées à la fois pour lutter contre la pauvreté et pour promouvoir l'Agenda du travail décent. Cette nécessité doit être replacée dans le contexte démographique du continent africain, à savoir que, avec une population nettement supérieure à 963 millions d'habitants en 2007 et un taux de fécondité totale d'environ 5 pour la période 2000-2005, l'Afrique est la région du monde qui connaît la croissance démographique la plus rapide. La répartition de la population par classe d'âge témoigne d'un «excédent de jeunes» non négligeable, qui va de pair avec un déficit de qualifications et d'emplois, lequel renforce la nécessité de regrouper les politiques de l'emploi, actives comme passives, et les interventions directes de protection sociale. Environ 41 pour cent de la population totale étant âgés de 0 à 14 ans, il faut que les dispositifs de protection sociale soient de nature à répondre aux besoins des enfants en matière de développement et à remédier à la vulnérabilité à laquelle est confrontée une part tellement importante de la population. Par comparaison, la principale fraction active de la population africaine, c'est-à-dire les personnes âgées de 15 à 64 ans, représente un peu plus de la moitié (56,4 pour cent) de la population totale.

Quel que soit l'indicateur retenu, la pauvreté représente un problème majeur en Afrique et les décideurs considèrent de plus en plus que les stratégies de lutte contre la pauvreté reposant sur la protection sociale exercent une influence décisive sur l'ampleur et la profondeur de ce phénomène. La pauvreté présente d'autres caractéristiques qui sont peut-être moins évidentes mais doivent néanmoins être prises en compte, à savoir, premièrement, son caractère relatif et, deuxièmement, son caractère dynamique plutôt que

statique, qui implique que les individus peuvent voir leur pauvreté s'aggraver, mais aussi qu'ils peuvent en sortir et y entrer à nouveau, parfois à plusieurs reprises.

Les politiques et les dispositifs de protection sociale qui visent à remédier aux multiples carences dont souffre la population doivent tenir compte non seulement des données «brutes» sur la pauvreté, mais aussi de «l'attrition» ou rotation au sein de la population pauvre. Quoi qu'il en soit, la pauvreté sous toutes ses formes demeure élevée. De récentes études ont montré que la proportion d'individus en situation de *pauvreté au travail*, mesurée à l'aide du seuil de pauvreté de 1 dollar par jour, n'a pas diminué, tandis que la pauvreté totale (mesurée à l'aide du même indicateur) a augmenté. Toutefois, pour apprécier le rôle décisif du revenu et déterminer dans quelle mesure le revenu est transformé en capacités et en réduction de la pauvreté aux niveaux individuel et collectif, il faut pouvoir répondre à beaucoup d'autres questions que celle de savoir si la consommation et le revenu ont augmenté.

Ce chapitre brosse ensuite un panorama plus précis de la région du point de vue de la pauvreté définie dans un sens plus large, comme un manque de capacités. Il souligne que la situation de l'emploi de la région est aggravée, davantage encore que par le passé, par les réductions d'effectifs réalisées dans le secteur public dans le cadre de mesures de stabilisation économique et de restructuration à long terme. Il s'ensuit que la grande majorité des travailleurs de la région est contrainte de se tourner vers les nombreuses activités qui constituent l'économie informelle pour assurer sa subsistance. Les inégalités salariales et, plus généralement, les inégalités de revenus entre les secteurs formel et informel, qui étaient déjà considérables, se sont creusées de façon spectaculaire. Elles sont également la conséquence d'inégalités en matière de propriété foncière, de patrimoine et d'accès à l'éducation et aux soins de santé. Compte tenu que le travail informel, le travail occasionnel et le travail des femmes occupent une place croissante sur les marchés du travail, l'accent n'est plus mis sur la promotion du plein emploi mais sur la nécessité de garantir un travail décent. Le BIT insiste de plus en plus sur cette nécessité, définissant le travail décent comme «un travail qui non seulement procure un revenu suffisant mais qui s'accompagne aussi d'une protection sociale, de bonnes conditions de travail et de la possibilité pour les travailleurs d'exprimer leur point de vue»⁶.

S'ajoutant à la pauvreté chronique, la situation actuelle vient rappeler que l'économie mondiale peut connaître des retournements et des chocs financiers brutaux. Les pertes de salaires et la hausse du chômage imputables aux crises économiques et financières appauvrissent les familles et les communautés et réduisent la capacité des individus à acheter les biens et services essentiels indispensables à leur survie. Les crises financières mondiales ont aussi pour effet d'entraîner une dégradation des finances publiques au moment même où le besoin de mesures de protection est le plus criant.

Il peut sembler particulièrement difficile d'instaurer un *socle de protection sociale* en période de crise économique et sociale aiguë, caractérisée par des situations de pauvreté chronique, de conflit intérieur ou de retournement brutal de conjoncture. Pourtant, de nombreuses données montrent que, même avec un revenu relativement faible et des ressources limitées, un gouvernement qui garantit un niveau social minimum de dépenses primaires – dont des services sociaux comme l'accès à l'eau, à l'assainissement, à l'éducation et aux soins de santé ainsi que des transferts sociaux en espèces ou en nature – peut obtenir des résultats remarquables en termes d'amélioration des capacités humaines et du développement humain.

⁶ BIT: *Rapport sur l'emploi dans le monde 2004-05: Emploi, productivité et réduction de la pauvreté* (Genève, 2005), p. 24.

L'examen du contexte social et économique de l'Afrique démontre qu'il existe un besoin urgent de mesures de protection sociale cohérentes et ambitieuses soutenues par des actions au niveau du continent africain et à l'échelon international. L'extension de la protection sociale faisant l'objet d'un consensus au sein de la société et d'une volonté politique, les stratégies envisageables peuvent être organisées selon trois grandes catégories de mesures, qui jouent un rôle fondamental dans la réalisation du bien-être humain. Ces mesures visent à garantir une sécurité économique à travers une aide au revenu, un accès à une éducation de base et un accès aux soins de santé primaires. Le niveau et la nature des services compris dans ces catégories peuvent toutefois varier considérablement selon le stade de développement d'une société et les ressources dont elle dispose. Il importe de souligner qu'en Afrique les stratégies de protection sociale ont pour effet non seulement de faire reculer la pauvreté, mais aussi d'accélérer la croissance.

La protection sociale de la santé en Afrique

Le chapitre 3 du rapport présente une analyse de la situation de la protection sociale de la santé en Afrique. La protection sociale de la santé dans le cadre de la sécurité sociale est définie comme un ensemble de mesures publiques ou organisées par les pouvoirs publics et de mesures privées à caractère obligatoire contre la misère sociale et les pertes économiques provoquées par un problème de santé ou le coût des soins nécessaires. Son objectif est donc de garantir que les individus aient les moyens financiers de recevoir des soins et aient accès à des soins de santé de qualité.

L'Afrique est la région du monde où les dépenses de sécurité sociale consacrées à la santé sont les plus faibles tandis que les dépenses privées sont proportionnellement très élevées. Le nonaccès à des services de santé élémentaires a des conséquences sur la vie des millions d'individus les plus pauvres, en particulier des enfants, des femmes, des personnes âgées et des personnes handicapées et des populations vivant dans des zones qui ont connu des conflits. L'accès aux services de santé maternelle, aux services de santé prénatale et postnatale et aux soins primaires en général est très limité dans la plupart des pays africains.

La crise économique mondiale a frappé les économies africaines de plein fouet et les estimations de croissance ont été sensiblement révisées, en particulier pour les pays d'Afrique subsaharienne. Selon toute vraisemblance, ces baisses de la croissance se traduiront par une hausse du chômage et de la pauvreté et par une diminution des fonds susceptibles d'être consacrés à la santé.

Dans ce contexte, il est indispensable d'atténuer l'impact de la crise sur la santé et la pauvreté pour éviter que les avancées vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ne ralentissent encore. L'amélioration de l'état de santé – vitale pour la création de revenus, le développement, la croissance et la prospérité – suppose que les pays africains s'engagent davantage à garantir l'accès aux soins de santé, à tout le moins aux soins de santé essentiels, en améliorant les régimes de protection sociale de la santé de façon à ce qu'un plus grand nombre de personnes puissent bénéficier de soins de meilleure qualité et à offrir une protection financière contre la pauvreté liée à la santé. A cet égard, la priorité est de toucher les pauvres, les plus vulnérables et les travailleurs de l'économie informelle.

Les besoins de protection sociale de la santé sont énormes. Les lacunes considérables qui caractérisent actuellement la couverture ont des conséquences très négatives sur le développement social et économique. A l'échelon des pays, l'existence d'inégalités aux niveaux régional et national entraîne des disparités géographiques marquées sur le plan de la situation sanitaire. En outre, la qualité et l'étendue de la couverture par la protection sociale de la santé varient considérablement d'un pays à l'autre, souvent en fonction du

degré de vulnérabilité de chaque pays en termes de pauvreté et de taille de l'économie informelle.

A l'échelle mondiale, les pays les plus vulnérables en termes de pauvreté et de taille de l'économie informelle sont aussi ceux qui affichent les déficits d'accès aux services de santé les plus élevés; les différences entre régions peuvent être mesurées à l'aide de l'indicateur de déficit d'accès de l'OIT⁷. Au sein du continent africain, de fortes disparités sont observées au niveau de l'importance du déficit d'accès et, par conséquent, de l'ampleur des difficultés auxquelles est confrontée la population lorsqu'elle a besoin de soins, le déficit relatif variant d'un niveau très élevé à un niveau quasi nul.

Les paiements directs jouent un rôle déterminant dans l'équité de l'accès aux soins. Ces paiements sont ceux effectués directement par les patients pour bénéficier de soins de santé et obtenir des produits médicaux et qui n'entrent pas dans le cadre d'un mécanisme de partage des risques et des coûts, c'est-à-dire d'un mécanisme destiné à garantir la justice et l'équité. En Afrique, les paiements directs représentent une forte proportion des dépenses de santé totales, ce qui est très lourd de conséquences en termes de difficultés d'accès aux services de santé et d'aggravation de la pauvreté. Cette situation est souvent aggravée par des inégalités homme-femme, qui s'expliquent elles-mêmes par divers facteurs culturels et sociaux.

De multiples obstacles financiers et physiques sont à l'origine d'inégalités dans l'accès aux soins de santé au niveau national, notamment:

- le montant élevé des paiements directs pour les soins de santé et les médicaments;
- la nécessité fréquente d'engager des dépenses dues à des problèmes de santé et interventions médicales non évitables (césariennes, par exemple) et pouvant être considérées comme catastrophiques si, comme c'est assez souvent le cas, elles représentent plus de 40 pour cent du revenu net du ménage;
- la fragmentation des systèmes de santé, qui conduit à des lacunes dans la protection sociale de la santé;
- des ensembles de prestations limités, qui ne répondent pas aux besoins effectifs;
- une répartition inégale des établissements de soins entre les zones rurales et les zones urbaines;
- un manque de personnel de santé, souvent dû à des conditions de travail qui ne satisfont pas au critère du travail décent et se soldent par une mauvaise qualité des services;
- des problèmes découlant de facteurs liés au sexe, culturels et ethniques et ayant une incidence sur l'accès aux services de santé; et
- les conséquences financières de la pandémie de VIH/sida.

⁷ Cet indicateur repose sur la densité des professionnels de santé. Pour le calcul, la Thaïlande est utilisée comme référence, étant donné que ce pays obtient de bons résultats sanitaires avec une densité d'un professionnel de santé pour 313 habitants. Voir BIT: *Protection sociale de la santé: Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé?*, document de politique de sécurité sociale n° 1 (Genève, 2008).

Un ensemble d'indicateurs rendant compte de bon nombre de ces facteurs a été mis au point; en plus de décrire et de quantifier les inégalités au niveau de l'accès effectif aux services de santé en Afrique, ces indicateurs pourraient se prêter à une présentation visuelle. Ils témoignent:

- des lacunes dans la couverture légale ou formelle;
- du manque de ressources financières;
- de paiements directs qui appauvrissent les individus en mauvaise santé;
- des résultats sanitaires en matière de mortalité maternelle;
- de pénuries de professionnels de santé et autres membres du personnel de santé.

Compte tenu des problèmes soulignés, le principal enjeu consiste à trouver des moyens d'étendre la protection sociale de la santé afin, à terme, de parvenir à une couverture universelle.

Les mécanismes permettant de mobiliser des ressources pour les systèmes de protection sociale de la santé peuvent être classés dans un nombre de catégories relativement restreint, à savoir:

- les services de santé publics et nationaux financés par l'impôt;
- les systèmes d'assurance-maladie nationaux, sociaux et à base communautaire subventionnés cofinancés par des cotisations et des primes (généralement payées par les travailleurs, les employeurs ou les assurés); et
- les autres formes de systèmes privés d'assurance-maladie et de prestations en espèces.

Les divers fonds contributifs perçoivent des dotations du budget central sous forme de subventions en faveur des populations pauvres et vulnérables. Les décisions relatives aux aspects fondamentaux de la protection sociale de la santé doivent être prises sur la base d'un processus de dialogue aussi large que possible, impliquant les partenaires sociaux, des représentants des patients, des professionnels de santé, des prestataires de soins et les pouvoirs publics.

Le cadre et les caractéristiques des systèmes de protection sociale de la santé doivent tenir compte de considérations à trois niveaux stratégiques:

- Au niveau de l'individu, les divers besoins et priorités, qui dépendent de la charge de morbidité, du degré de pauvreté/vulnérabilité, de l'âge, du sexe, du groupe ethnique, de la situation dans la profession et du lieu de résidence, doivent être examinés et correctement pris en compte.
- Au niveau du système ou du régime, la fourniture de prestations doit être permise et garantie par des mécanismes de gestion et de financement adaptés, rationnels et efficaces ainsi que par des ressources telles qu'équipements médicaux et personnel de santé.
- Au niveau mondial, les systèmes de protection sociale de la santé doivent être en phase avec les priorités mondiales de santé publique comme les objectifs du Millénaire pour le développement et le contrôle transfrontalier des maladies transmissibles.

Les progrès restent toutefois limités, en particulier en Afrique subsaharienne. Pour parvenir à une couverture universelle en matière de protection sociale de la santé, il importe de garantir un accès effectif à un ensemble de prestations essentielles de qualité satisfaisante à l'ensemble des résidents d'un pays. A cette fin, plusieurs dimensions importantes doivent être prises en compte:

- des droits aux soins de santé prévus par la loi;
- l'existence physique d'une infrastructure de santé, d'équipements médicaux, de médicaments et d'un personnel de santé qualifié;
- des soins de santé et une protection financière abordables; en d'autres termes, il faut éliminer les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé en veillant à ce que ces soins ne conduisent pas à un appauvrissement en cas de dépenses de santé catastrophiques (définies, un peu arbitrairement, comme des dépenses supérieures à 40 pour cent du revenu net du ménage) et en réduisant le plus possible les paiements directs;
- des cotisations aux régimes de protection sociale de la santé reposant sur l'assurance fixées de façon équitable, selon la capacité de paiement;
- la diffusion, en temps opportun, d'informations exactes aux bénéficiaires sur les droits aux soins de santé; et
- des soins de qualité satisfaisante.

L'efficacité du processus d'élaboration des politiques suppose aussi que les mécanismes de financement de la santé soient intégrés au socle de protection sociale, initiative plus large qui vise à remédier à la pauvreté monétaire et liée à la santé au moyen de politiques sociales comprenant des transferts en espèces et en nature en faveur de toutes les personnes démunies – femmes et hommes, enfants, personnes âgées, chômeurs, personnes handicapées –, l'objectif étant d'agir sur les déterminants sociaux des problèmes de santé⁸. Tout ensemble de prestations essentielles doit refléter les dispositions de la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et de la convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, en ce qui concerne les soins médicaux minimaux à fournir.

Ce chapitre conclut que:

- Les lacunes de la protection sociale de la santé mettent en péril la sécurité économique et sociale de beaucoup de pays d'Afrique. Ces lacunes s'expliquent souvent par le fait que la planification financière des systèmes de santé est dissociée de l'objectif d'universalité de la couverture et manque de ce fait souvent de l'efficacité et de l'efficience nécessaires pour surmonter les principaux obstacles.
- L'équité d'accès est une question fondamentale qui doit être réglée à la fois au niveau régional et au niveau national. De fortes inégalités sont observées à la fois entre les zones rurales et urbaines et entre l'économie formelle et l'économie informelle; en outre, le déficit d'accès des femmes est particulièrement préoccupant.

⁸ Nations Unies: Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS). *The global financial crisis and its impact on the work of the UN system*, CEB Issue Paper (New York, 2009), p. 20.

-
- Différents mécanismes de financement peuvent être utilisés, des régimes d'assurance sociale et d'assistance sociale aux systèmes reposant sur la responsabilité de l'employeur, pour que la protection sociale soit la plus abordable possible, pour les pays comme pour les ménages.
 - Les facteurs susceptibles de conduire au succès de l'intensification des efforts déployés pour étendre la protection sociale de la santé sont notamment les suivants:
 - une législation et une réponse institutionnelle cohérentes;
 - des cadres internationaux communs comme les OMD et le socle de protection sociale;
 - une amélioration du financement à travers une augmentation de la marge budgétaire;
 - l'intégration aux régimes de sécurité sociale de dispositions relatives à la fourniture d'un ensemble de prestations essentielles; et
 - l'application de la législation et le suivi des avancées.

Régimes de sécurité de revenu

Le chapitre 4 du rapport porte sur les régimes et systèmes destinés à offrir une sécurité de revenu. En Afrique, plus encore que dans d'autres régions, il importe, lors de la mise au point de régimes de sécurité de revenu, de faire une distinction claire entre la composante formelle et la composante informelle de l'économie. Dans le secteur formel, les régimes d'assurance sociale contributifs versent des prestations sur la base de droits définis par la loi (ou légaux), mais sont généralement réservés aux travailleurs qui exercent une activité rémunérée à plein temps. En règle générale, **l'Etat** ne participe à ces régimes contributifs qu'en qualité **d'employeur** de fonctionnaires. Quant au secteur informel, si l'on fait abstraction de quelques programmes d'assistance sociale non coordonnés et sous-financés, il est depuis toujours presque totalement dépourvu de systèmes de sécurité de revenu ou d'aide au revenu d'une envergure suffisante pour toucher la majorité des individus défavorisés. Cependant, dans tous les pays d'Afrique, un débat s'est engagé sur l'extension des programmes non contributifs financés par l'Etat, et de nouvelles politiques sont mises en œuvre ou expérimentées.

Les régimes d'assurance sociale contributifs existant en Afrique diffèrent considérablement selon les pays. Les risques les plus souvent couverts sont la vieillesse (pensions) et les accidents du travail⁹; en outre, beaucoup de régimes servant des pensions de vieillesse versent aussi des pensions en cas d'invalidité ou de décès du soutien de famille (pensions de survivant). Le risque le plus rarement couvert est le chômage, seul un petit nombre de pays étant dotés d'un régime dans ce domaine. Les régimes qui versent des prestations familiales sont rares. Souvent, les prestations de maladie et de maternité ne relèvent pas des systèmes d'assurance sociale et sont versées par les employeurs dans le cadre de la responsabilité de l'employeur, conformément aux obligations prescrites par le Code du travail ou la législation du travail similaire.

⁹ Toutefois, dans beaucoup de pays, la couverture au titre des accidents du travail est beaucoup plus restreinte que ce qu'exige la convention n° 102 de l'OIT, ne prévoyant que le versement d'une indemnité sous forme de capital en cas d'accident lié au travail. En outre, le pourcentage des accidents et maladies professionnelles effectivement déclarés et indemnisés est relativement faible.

Dans la région, la couverture au titre de chacun des risques énoncés dans la convention n° 102 est extrêmement faible, ce qui reflète les faibles taux d'affiliation aux régimes contributifs. Si des taux de couverture supérieurs à la moyenne du continent sont observés dans les pays d'Afrique du Nord en général, en Afrique du Sud, à Maurice et dans quelques autres pays, dans la plupart des pays, les taux de couverture effective sont inférieurs à 10 pour cent, l'éventail des prestations est restreint et le montant des droits n'est pas protégé de l'inflation, souvent obstinément élevée.

Etant donné l'ampleur de la pauvreté dans les pays étudiés et compte tenu du fait que les régimes d'assurance contributifs n'offrent, dans le meilleur des cas, qu'une sécurité sociale restreinte à une minorité de la population, les systèmes d'assurance sociale existants ont d'importants handicaps et problèmes à surmonter. Le problème le plus important réside dans le fait qu'ils ne couvrent pas les travailleurs agricoles et les employés de maison ou ne leur offrent qu'une couverture limitée alors que, dans la majorité des pays de la région, la plupart des travailleurs sont employés dans l'agriculture. Ce facteur, associé à d'autres, explique que moins de 10 pour cent de la population active africaine bénéficient d'une protection du revenu à la retraite. L'une des conséquences importantes de cette lacune est le phénomène des *travailleurs âgés*, 80 pour cent des hommes et femmes âgés qui n'ont pas de revenu régulier continuant à travailler, en principe dans l'économie informelle, jusqu'à ce qu'ils deviennent inaptes au travail. Il reste beaucoup d'autres problèmes à régler, notamment celui du non-respect des obligations, le caractère inadapté des âges légaux de la retraite, le retrait anticipé des fonds, la situation des travailleurs migrants, l'insuffisance du niveau des prestations et la discrimination à l'encontre des femmes.

Il n'existe pas de couverture de sécurité sociale complète pour les travailleurs de l'économie informelle même si des avancées sensibles ont été réalisées dans la région en termes de fourniture de transferts sociaux sous forme d'aides en espèces ou de prestations en nature telles que nourriture, scolarisation et soins de santé. Des prestations non contributives peuvent être accordées aux indigents ou aux personnes qui ne disposent d'aucun moyen de subsistance ainsi qu'aux individus les plus vulnérables comme les orphelins, les femmes, les enfants pauvres, les personnes handicapées et les personnes âgées. Ces prestations sont financées par l'Etat ou, dans certains cas, par un apport temporaire des donateurs ou par une aide d'organisations non gouvernementales internationales. Les avis d'experts tendent à montrer qu'en Afrique les transferts en espèces pourraient constituer le moyen le plus rationnel de toucher les populations les plus vulnérables et les plus pauvres, en particulier s'ils sont accordés sur une base universelle.

En Afrique, il existe un consensus fort sur la nécessité impérieuse d'étendre les dispositifs de protection sociale pour en faire bénéficier toutes les personnes les plus défavorisées, exposées aux risques et vivant dans la pauvreté. Malgré cette reconnaissance du rôle qu'elle joue, les ressources nationales allouées à la protection sociale sont généralement très inférieures aux besoins réels. Un examen des dépenses totales de protection sociale en Afrique subsaharienne montre que le budget consacré à la sécurité sociale ne dépasse pas 4 à 6 pour cent du PIB (après pondération par la population) et que, sur cette somme, la part consacrée aux soins de santé est supérieure à celle affectée aux transferts en espèces. Il s'agit là de l'enveloppe budgétaire la plus faible du monde. Toutefois, si l'on effectue une analyse en ventilant les données par pays, on constate de fortes disparités entre les pays en ce qui concerne les ressources nationales consacrées à la sécurité sociale et les caractéristiques des dépenses.

Lors de l'introduction progressive de réformes de la protection sociale visant à combler les lacunes recensées et à agir dans les domaines prioritaires identifiés, il est essentiel que les projets soient mis en œuvre dans le cadre des ressources financières et budgétaires dont disposent les pays, selon des modalités qui soient viables et qui assurent l'équité «verticale» (garantie par des subventions croisées des riches au profit des pauvres

via une fiscalité redistributive) et l'équité «horizontale» (qui garantit que tous les individus présentant une certaine forme de vulnérabilité ou exposés à un certain type de risque bénéficient d'un traitement équitable, conduisant à des résultats similaires).

En Afrique, la faible couverture de la population la plus pauvre et le caractère rudimentaire des programmes d'assistance sociale s'expliquent en grande partie par l'insuffisance des budgets alloués à la protection sociale. Du fait de cette insuffisance, seul un petit nombre des bénéficiaires visés reçoit une aide et cette aide est souvent limitée et de courte durée. Pourtant, selon les estimations du BIT, le fait de garantir une pension de vieillesse et une pension d'invalidité de base, des prestations familiales de base et des prestations d'assistance sociale aux travailleurs pauvres absorberait, en moyenne, moins de 4 pour cent du PIB, ce qui montre que beaucoup d'autres initiatives pourraient être prises dans ce domaine.

Nouvelles solutions stratégiques et nouveaux défis

Il existe un consensus large sur l'idée que l'expansion de la sécurité sociale en Afrique constitue un moyen de faire reculer la pauvreté et une forme d'investissement dans l'avenir. Fin octobre 2008, plus de 38 gouvernements africains avaient exprimé une détermination politique forte à développer la protection sociale dans leur pays. Il s'agit là d'une avancée majeure sur la voie de la promotion de l'expansion de la protection sociale et de l'instauration progressive du socle de protection sociale.

Le chapitre 5 du rapport présente une évaluation des implications. La détermination à mettre en œuvre des politiques en matière de sécurité sociale fléchit dès lors qu'il est question de mise en œuvre pratique et de solutions à adopter pour introduire les changements nécessaires dans chaque pays. L'optique choisie est incertaine, allant de l'adoption de mécanismes pour identifier les groupes les plus vulnérables (plus particulièrement parmi les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées) et cibler les services sur ces groupes à des recommandations en faveur de stratégies de réduction de la pauvreté à plus long terme permettant d'éliminer les obstacles à l'accès à la santé, à l'éducation et aux services tout en favorisant le travail décent et le développement de l'infrastructure sociale. L'OIT et l'Union africaine plaident en faveur d'une approche fondée sur l'idée que les gouvernements n'ont pas nécessairement à analyser leurs choix en matière de protection sociale (du moins à moyen et long terme) en termes d'arbitrage entre satisfaction des besoins sociaux et réduction des coûts, si bien qu'il est possible de répondre aux besoins des populations les plus vulnérables et les plus exposées aux risques et de celles en situation de pauvreté chronique et structurelle. La mise en œuvre d'une panoplie de politiques et programmes est envisageable et abordable pour les pays d'Afrique si ces politiques et programmes reposent sur la mise en œuvre progressive, par étapes, du socle de protection sociale.

Les principaux aspects que l'OIT cherche à promouvoir et à évaluer dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre d'un système national de sécurité sociale peuvent être résumés comme suit:

- **Couverture universelle** des systèmes de sécurité de revenu et de santé: tous les résidents (permanents et temporaires) d'un pays devraient avoir accès, quel que soit leur sexe, à un niveau adéquat de prestations élémentaires qui leur assure une sécurité de revenu et des soins médicaux complets.
- **Prestations et protection contre la pauvreté en tant que droits**: les conditions d'ouverture des droits devraient être définies précisément, de façon à ce que les droits des résidents ou des cotisants soient prévisibles; les prestations devraient protéger efficacement les personnes contre la pauvreté; si elles sont fondées sur des cotisations

ou sur des recettes fiscales affectées, leurs montants minimaux devraient être conformes à la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, ou à des conventions plus récentes prévoyant un niveau de protection supérieur, comme le Code européen de sécurité sociale du Conseil de l'Europe.

- **«Equivalence actuarielle» collective**¹⁰ **du montant des cotisations et du montant des prestations:** les prestations servies aux membres d'un régime devraient correspondre à la fois à un taux de remplacement minimal et, dans le cas des régimes d'épargne, à un taux de rendement minimal, reflétant ainsi correctement le montant global des cotisations versées; ces montants minimaux devraient être efficacement garantis, de préférence par l'Etat.
- **Stabilité du financement:** les modalités de financement des régimes devraient en assurer, autant que possible, la viabilité et la pérennité financières à long terme, et ce en ménageant une marge budgétaire adéquate, tant à l'ensemble du système de sécurité sociale du pays qu'aux différents régimes pris individuellement.
- **Responsabilité de la gouvernance:** l'Etat devrait demeurer le garant ultime des droits à la sécurité sociale, tandis que les financeurs/cotisants et les bénéficiaires devraient participer à la gouvernance des régimes et programmes.

Compte tenu des principes ci-dessus et de l'analyse factuelle de la situation et des performances de la sécurité sociale en Afrique, d'un point de vue théorique, la stratégie de la campagne pour l'extension de la sécurité sociale peut être vue comme une stratégie à deux dimensions (reflétant en réalité l'approche bidimensionnelle de l'équité déjà évoquée). La première dimension consiste à étendre à l'ensemble de la population certains dispositifs de sécurité de revenu et d'accès aux soins de santé, même s'ils n'offrent que des garanties élémentaires. Cette dimension peut être qualifiée d'extension *«horizontale»*. La seconde dimension vise à améliorer le niveau des prestations de sécurité de revenu et à permettre l'accès à des soins de meilleure qualité pour que les individus puissent préserver leur niveau de vie même en cas de réalisation de risques majeurs tels que le chômage, la maladie, l'invalidité, la perte du chef de famille et la vieillesse. Il s'agit de la dimension *«verticale»* de l'extension. La métaphore qui émerge ainsi pour décrire l'extension de la couverture consiste à comparer la sécurité sociale à un «escalier» dont la première marche est constituée d'un socle de protection sociale.

L'idée selon laquelle les pays qui ont un faible niveau de développement n'ont pas les moyens de mettre progressivement en œuvre des dispositifs de sécurité sociale a encore cours. Beaucoup de planificateurs du développement sont tout simplement partis du principe que ces pays ne disposent pas d'une marge budgétaire suffisante pour financer les prestations de sécurité sociale et que la sécurité sociale n'est donc pas abordable pour eux. Le fait qu'il s'agit là d'une hypothèse, qui plus est d'une hypothèse erronée, apparaît plus clairement à mesure que l'on dispose de données, comme celles issues de travaux récents du BIT sur le coût d'un ensemble élémentaire de prestations sociales en Afrique subsaharienne et en Asie, qui prouvent que même les pays les plus pauvres ont les moyens de se doter d'un tel ensemble. A l'évidence, il existe des cas dans lesquels il est difficile

¹⁰ L'expression «équivalence actuarielle» fait partie de celles qui n'ont pas de définition universellement admise, ce qui en fait une notion quelque peu controversée, à laquelle il ne faut peut-être pas attribuer une signification technique trop précise. Il n'en reste pas moins que, même s'il est difficile de l'exprimer en un seul terme, cette notion est importante – schématiquement, elle signifie que, collectivement et à long terme, les membres d'un régime de sécurité sociale, en particulier d'un régime de pension, doivent avoir l'impression que le mode de calcul des prestations qui leur seront attribuées reflète équitablement le montant de leur apport au régime sous forme de cotisations.

d'augmenter à très brève échéance la marge budgétaire disponible pour les transferts sociaux. Chaque cas doit faire l'objet d'une évaluation précise. Toutefois, de nouvelles constatations montrent que la marge de manœuvre financière dont disposent les pays pour mettre en œuvre des politiques est peut-être plus large qu'on ne le suppose souvent. L'expérience montre donc que quelque chose est possible quasiment partout. La part du revenu national consacrée à la sécurité sociale ne dépend en fait pas tant de la richesse du pays que, dans une large mesure, de la volonté politique du moment, laquelle détermine en fait la marge budgétaire disponible. Pour maximiser la marge budgétaire, il peut être nécessaire, malgré l'impopularité d'une telle démarche, d'accorder une grande attention à l'efficacité du système de recouvrement de l'impôt et des cotisations en place dans un pays. En effet, sans un système performant de recouvrement des recettes, il n'y a pas de recettes à redistribuer. L'augmentation de la marge budgétaire pose des problèmes qui diffèrent selon les pays. Néanmoins, la liste des éléments devant figurer dans une stratégie nationale de sécurité sociale pourrait être la suivante:

- 1) des réformes fiscales pour accroître les ressources budgétaires, en particulier pour améliorer l'efficacité et l'efficience du recouvrement des recettes fiscales;
- 2) une augmentation progressive des dépenses sociales en part du PIB et en part des dépenses totales;
- 3) un mécanisme de péréquation entre les différents domaines de la politique sociale pour réorienter les dépenses vers les besoins les plus urgents;
- 4) une réorientation des dépenses entre les différents groupes sociaux et domaines de la politique sociale pour rendre certaines dépenses plus progressives et plus efficaces en termes de lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité.

Conclusions

La sécurité sociale est d'abord et avant tout un droit de l'homme et, par conséquent, une obligation qui s'impose à toutes les sociétés. Elle accompagne aussi le changement sur le plan social et économique et peut jouer un rôle de stabilisateur financier.

Le chapitre 6 analyse les implications du socle de protection sociale et, plus précisément, de l'approche à deux dimensions de l'extension de la sécurité sociale décrite dans le chapitre 5, recommandant un cadre d'action et des stratégies de mise en œuvre.

Cette approche à deux dimensions découle d'un large éventail d'instruments, documents et résolutions, en particulier la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies, la Constitution de l'OIT et la Déclaration de Philadelphie qui élargit le mandat de cette dernière, les conclusions arrêtées par la Conférence internationale du Travail en 2001, les conclusions de la onzième Réunion régionale africaine, tenue à Addis-Abeba en avril 2007, la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable et le Pacte mondial pour l'emploi, ainsi que les conventions et recommandations à jour de l'OIT. A cela s'ajoutent l'expérience nationale qui commence à se constituer et l'expérience acquise dans le cadre de la Campagne mondiale de l'OIT sur la sécurité sociale et la couverture pour tous.

Les pays peuvent et doivent chercher à mettre en œuvre ces deux dimensions simultanément. Le financement assuré par les recettes fiscales générales doit être affecté en premier lieu à la *dimension horizontale*. Toutefois, le financement fondé sur la solidarité ne doit pas se limiter au niveau de protection élémentaire. La *dimension verticale* doit garantir l'accès à un ensemble défini de prestations de sécurité sociale et un niveau adéquat pour les prestations en tant que droit ouvert à tous ceux qui participent au financement des

systèmes de sécurité sociale en versant des cotisations ou des impôts. Faire en sorte que la convention n° 102 de l'OIT soit ratifiée plus largement en Afrique constituerait un important catalyseur pour la mise en œuvre de cette dimension.

La composante «transferts sociaux» du cadre plus large qu'est le socle de protection sociale (il englobe aussi des services essentiels qui, en tant que tels, ne relèvent pas de la compétence directe de l'OIT) contient un ensemble élémentaire de garanties sociales essentielles concrétisées par des transferts en espèces ou en nature qui doivent permettre que tous les résidents d'un pays bénéficient d'une protection financière leur donnant les moyens et la possibilité d'accéder à un ensemble de produits et services de santé défini à l'échelon national; que tous les enfants aient une sécurité de revenu minimum; que tous les individus en âge de travailler qui ne peuvent pas se procurer un revenu suffisant sur le marché du travail bénéficient d'une sécurité de revenu minimum grâce à l'assistance sociale; et que toutes les personnes âgées ou handicapées¹¹ disposent d'une sécurité de revenu minimum grâce à des pensions de vieillesse et d'invalidité.

Il n'existe pas de définition «standard» de la nature et du niveau des prestations. Le terme «garanties» ne tranche pas la question de savoir si tous ces transferts en espèces ou en nature, ou certains d'entre eux, sont attribués sur une base universelle à l'ensemble des habitants d'un pays ou s'ils sont accordés dans le cadre de régimes d'assurance contributifs, ou encore s'ils ne sont octroyés qu'en cas de besoin ou peuvent être subordonnés à des critères de comportement. L'essentiel est que tous les individus aient droit aux services de santé, y aient accès et disposent des moyens de se procurer un minimum de revenu.

La marge budgétaire, la solidité des institutions et les niveaux de pauvreté et de vulnérabilité sont les critères qui doivent guider la prise de décisions concernant, premièrement, les moyens à mobiliser pour instaurer la composante «transferts sociaux» du socle de protection sociale et, deuxièmement, le choix des prestations à introduire en priorité dans le cadre d'un plan général de mise en œuvre de l'intégralité des garanties de base. Les nouveaux programmes de transferts en espèces qui ont été créés dans une trentaine de pays en développement dans le monde entier ces dix ou vingt dernières années contiennent déjà des éléments du socle de protection sociale et ont apporté la preuve de leur efficacité en termes de lutte contre la pauvreté, d'augmentation de la scolarisation, d'amélioration de la situation sociale, de la santé et de l'état nutritionnel des bénéficiaires. Ils démontrent que les pays en développement peuvent se permettre de mettre en place ces garanties sociales élémentaires ou, à tout le moins, des composantes importantes de cet ensemble de garanties. C'est lorsqu'elles font partie intégrante d'une stratégie globale de sécurité sociale que ces garanties se révèlent le plus efficace.

Le principal défi à relever en matière de financement des garanties élémentaires de sécurité sociale reste la question de la marge budgétaire. L'augmentation de la marge disponible pour la sécurité sociale requiert donc des décisions politiques quant aux priorités des dépenses publiques et à la création de recettes fiscales et, bien souvent, aux investissements à réaliser dans la réforme de la fiscalité nationale. L'expérience de nombreux pays africains au cours de la décennie écoulée montre que les pays en développement sont en mesure d'augmenter leurs recettes fiscales en pourcentage du PIB.

Les expériences nationales examinées dans le présent rapport montrent que le succès des interventions nationales visant à étendre la sécurité sociale horizontalement, à l'ensemble des citoyens, dépend des éléments fondamentaux suivants:

¹¹ C'est-à-dire les personnes frappées d'un handicap qui les exclut du marché du travail.

-
- i) compatibilité et cohérence des politiques d'extension de la sécurité sociale par rapport à la stratégie de développement social et économique en général, qui vise à améliorer le niveau de vie en garantissant un partage équitable des fruits de la croissance à travers un certain nombre de mesures dans le domaine social, de l'emploi, de l'éducation, de la santé et dans le domaine budgétaire;
 - ii) une forte mobilisation des partenaires sociaux et autres parties intéressées pour que la réduction de la pauvreté et de l'insécurité devienne une priorité nationale mise en œuvre à travers des investissements dans la sécurité sociale;
 - iii) la réalisation d'un solide travail d'analyse pour identifier les grandes priorités en matière de sécurité sociale et les lacunes des systèmes de protection sociale;
 - iv) la réalisation d'analyses quantitatives fiables des coûts et avantages d'autres systèmes de prestations envisageables ainsi que de leur viabilité financière et budgétaire à long terme;
 - v) la définition des priorités en matière de protection dans le cadre d'un processus de consultation national accordant un rôle central au dialogue social tripartite;
 - vi) la fixation des droits aux prestations et du niveau des prestations sur une base légale;
 - vii) la définition de niveaux minimaux garantis pour les prestations afin de permettre aux bénéficiaires de se hisser au-dessus des seuils de pauvreté nationaux;
 - viii) la création d'une marge budgétaire à l'aide d'un ensemble de mesures visant à:
 - éliminer le manque d'efficacité au niveau des comportements et structures de dépenses existants;
 - modifier l'affectation des ressources existantes au profit des régimes de protection les plus efficaces en termes de réduction de la pauvreté, de la vulnérabilité et de l'insécurité;
 - élargir l'assiette fiscale et trouver de nouvelles sources de recettes publiques;
 - ix) renforcer les capacités pour permettre une gestion et une surveillance rationnelles et efficaces des programmes; et
 - x) mettre en place précocement des systèmes de suivi et d'évaluation performants pour s'assurer de l'efficacité du ciblage de la sécurité sociale et des transferts.

Il importe que tous les mécanismes utilisés pour étendre la couverture de la sécurité sociale fassent partie d'une stratégie nationale intégrée de sécurité sociale. L'OIT doit apporter son soutien à la définition théorique d'une stratégie d'extension et de mise en œuvre organisée selon deux dimensions, conformément aux principes décrits ci-dessus, en mobilisant l'ensemble de ses moyens d'action, à savoir la production, la gestion et la diffusion de connaissances, le soutien à l'élaboration de politiques, le renforcement des capacités et la coopération technique. Les conseils techniques que fournira l'OIT seront formulés dans une double optique: celle des concepts du socle de protection sociale et celle de la promotion de la ratification de la convention n° 102.

Enfin, et peut-être surtout, il faudrait que des plans nationaux de sécurité sociale guident l'OIT en ce qui concerne le suivi de la Déclaration sur la justice sociale pour une mondialisation équitable et du Pacte mondial pour l'emploi au niveau national.

Abréviations et acronymes

AFP	Administrateurs de fonds de pension
AISS	Association internationale de la sécurité sociale
CDAA	Communauté de développement de l’Afrique australe
CER	Communauté économique régionale
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CSG	Child support grant (Allocation d’aide aux enfants) (Afrique du Sud)
DFID	Department for International Development (Département pour le développement international) (Royaume-Uni)
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
ECP	Estratégia de Combate à Pobreza (Stratégie de lutte contre la pauvreté) (Angola)
EDPRS	Economic Development and Poverty Reduction Strategy (Stratégie de développement économique et de réduction de la pauvreté)
EPRI	Economic Policy Research Institute (Institut de recherche sur les politiques économiques) (Afrique du Sud)
FIDA	Fonds international de développement agricole
FMI	Fonds monétaire international
FRPC	Facilité pour la réduction de la pauvreté et pour la croissance
HDCs	Human Development Countries (Catégorie de développement humain selon l’IDH)
IDH	Indice du développement humain
IPH	Indice de pauvreté humaine
LHDCs	Low Human Development Countries (Pays à développement humain faible)
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement de l’Afrique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
OIT	Organisation internationale du Travail
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé

ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PEP	Programmes d'emploi public
PIB	Produit intérieur brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PSNP	Productive Safety Net Programme (Filet de sécurité pour garantir un niveau minimal de production) (Ethiopie)
PSSS	Prestataires de services de sécurité sociale
PVA	Evaluation de la pauvreté et de la vulnérabilité
RNB	Revenu national brut
SASSA	South African Social Security Agency (Agence sud-africaine de sécurité sociale)
SIDA	Syndrome immunodéficientaire acquis
SSW	Social Security Worldwide (Sécurité sociale dans le monde)
TASAF	Tanzania Social Action Fund (Fonds d'action sociale de Tanzanie)
TB	Tuberculose
UA	Union africaine
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Le deuxième Colloque africain sur le travail décent, intitulé «Construire un socle de protection sociale avec le Pacte mondial pour l'emploi», s'inscrit dans le sillage du premier Colloque africain sur le travail décent, qui a été organisé à Ouagadougou, au Burkina Faso, les 1^{er} et 2 décembre 2009, et dans le cadre duquel la feuille de route pour la mise en œuvre du Pacte mondial pour l'emploi en Afrique a été adoptée. Cette feuille de route appelle à la définition, dans tous les pays Membres de l'OIT, d'une stratégie visant à étendre la sécurité sociale, en premier lieu à travers l'instauration d'un socle de protection sociale, conformément à la recommandation émise par le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS) en 2009.

Ce colloque fait également suite à la onzième Réunion régionale africaine, organisée en avril 2007, qui a adopté l'Agenda du travail décent en Afrique 2007-2015 et recommandé que:

Tous les pays d'Afrique adoptent des stratégies nationales cohérentes en matière de sécurité sociale, notamment en vue de la création ou de l'extension d'un système de sécurité sociale de base donnant accès aux soins de santé essentiels, à des allocations pour les enfants d'âge scolaire et à une pension minimale. (OIT, 2007a, p. 6, paragr. 17.)

Lors de sa 89^e session, en 2001, la Conférence internationale du Travail (CIT) avait déjà adopté une résolution et des conclusions en matière de sécurité sociale dans lesquelles elle affirmait qu'il convenait de donner la priorité absolue à la conception de «politiques et d'initiatives propres à faire bénéficier de la sécurité sociale à ceux qui ne sont pas couverts par les régimes existants» (OIT, 2001a, Conclusions, paragr. 5). Puis, lors de la 91^e session de la CIT (en 2003), la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous a été lancée dans le but de promouvoir l'extension de la couverture. La première Conférence des ministres en charge du développement social organisée par l'Union africaine à Windhoek, en Namibie, du 27 au 31 octobre 2008, a adopté un Cadre de politique sociale pour l'Afrique dans lequel la protection sociale joue un rôle central. Le cadre d'action pragmatique qui émerge des activités de campagne et des travaux d'élaboration de politiques prévoit que les pays qui n'ont pas encore réussi à se doter d'une couverture universelle ou étendue se fixent pour premier objectif d'instaurer un ensemble modeste et élémentaire de garanties de sécurité sociale, en d'autres termes un socle de protection sociale pour l'ensemble des résidents du pays.

De nombreux moyens peuvent être utilisés pour instaurer cet ensemble de garanties élémentaires, conçu comme une première étape vers la définition d'une stratégie nationale de développement de la sécurité sociale. Certains pays cherchent à étendre l'assurance sociale et à l'associer à l'assistance sociale, tandis que d'autres subventionnent une couverture d'assurance pour les plus pauvres et que d'autres encore tentent de créer des régimes universels financés par l'impôt. Chacun de ces modèles présente des limites, mais l'essentiel est que la population ait accès aux garanties élémentaires.

Cette proposition d'approche a été examinée dans le cadre d'une série de réunions régionales tripartites sur la sécurité sociale organisées en Amérique latine, dans les Etats arabes et en Asie en 2007 et 2008 et a, dans ce cadre, été adoptée par les mandants de l'OIT. L'objectif premier de ces rencontres était de permettre un partage d'expériences entre les participants sur les moyens d'étendre la couverture de la sécurité sociale, de définir de bonnes pratiques et de favoriser l'émergence d'un consensus sur la marche à suivre pour poursuivre l'extension de la couverture de la sécurité sociale, conçue comme une priorité de politique publique nationale. Les débats ont permis de dégager un large consensus sur les priorités à retenir dans les années à venir par les pays Membres de l'OIT

et par l'OIT elle-même, dans le cadre non seulement de la campagne mondiale, mais aussi des programmes par pays de promotion du travail décent (PPTD). Le présent colloque africain vient clôturer cette série de rencontres régionales.

Le colloque vise aussi à favoriser la mise en œuvre de la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable adoptée par la CIT lors de sa 97^e session, en juin 2008. La Déclaration «reconnait que l'OIT a l'obligation solennelle d'accompagner, parmi les nations du monde, la mise en œuvre de programmes propres à réaliser les objectifs que constituent le plein emploi et l'élévation des niveaux de vie, un salaire minimum vital et l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui en ont besoin, ainsi que l'ensemble des autres objectifs énoncés dans la Déclaration de Philadelphie» (OIT, 2008a, p. 6).

Ce mandat a été réaffirmé par l'adoption, lors de la 98^e session de la CIT en 2009, du Pacte mondial pour l'emploi qui entérine le concept de socle de protection sociale. Le Pacte appelle les pays qui ne disposent pas encore d'un système de sécurité sociale développé à «mettre en place une protection sociale adéquate universelle fondée sur un socle de protection sociale prévoyant notamment un accès aux soins de santé, une garantie de revenu pour les personnes âgées et les handicapés, l'octroi de prestations pour enfants à charge et une garantie de revenu pour les chômeurs et les travailleurs pauvres combinée à des programmes publics de garantie de l'emploi» (OIT, 2009b, p. 4, paragr. 12(1) (ii)) et exhorte «la communauté internationale à fournir une aide au développement, notamment un soutien budgétaire, pour instaurer un socle de protection sociale à l'échelon national» (*ibid.*, p. 6, paragr. 22 (9)).

Le socle de protection sociale est une composante du cadre d'action que le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination a adopté en avril 2009 pour apporter une réponse cohérente et harmonisée des Nations Unies à la crise. L'une des neuf initiatives conjointes pour agir aux niveaux mondial, régional et national prévoit l'instauration d'un **socle de protection sociale, consistant en un ensemble de droits et de transferts sociaux de base garantissant l'accès aux biens et services essentiels**. L'OIT et l'Organisation mondiale de la santé sont, conjointement, chefs de file de cette initiative; un certain nombre de projets nationaux sont en cours et un groupe de travail mondial présidé par M^{me} Michelle Bachelet, ancienne Présidente du Chili, a été chargé de promouvoir le concept du socle de protection sociale.

A la suite d'une demande du Conseil d'administration, le BIT a organisé, en septembre 2009, une Réunion tripartite d'experts sur les stratégies d'extension de la couverture de la sécurité sociale. Le rapport établi à la suite de la réunion constate que «les participants ont admis dans une large mesure l'importance de la sécurité sociale et de son rôle non seulement pour le bien-être des individus, mais encore du point de vue de la croissance et du développement économiques en général. Un consensus s'est dégagé sur le droit universel à la sécurité sociale et sur sa nécessité, et l'importance du dialogue social a été unanimement rappelée» (BIT, 2009c).

Le résumé du président de la réunion approuve expressément la stratégie à deux dimensions mise au point avec pragmatisme par le BIT pour l'extension de la couverture de la sécurité sociale. La première dimension consiste à étendre à l'ensemble de la population certains dispositifs de sécurité de revenu et d'accès aux soins de santé, même s'ils n'offrent que des garanties élémentaires. Cette dimension est dite «*horizontale*». La seconde dimension vise à améliorer le niveau des prestations de sécurité de revenu et de la protection de la santé pour permettre aux individus de préserver leur niveau de vie même en cas de réalisation de risques majeurs tels que le chômage, la maladie, l'invalidité, la perte du chef de famille et la vieillesse. Elle représente la dimension «*verticale*» de l'extension. D'un point de vue théorique, la dimension horizontale est assimilable au concept de socle de protection sociale.

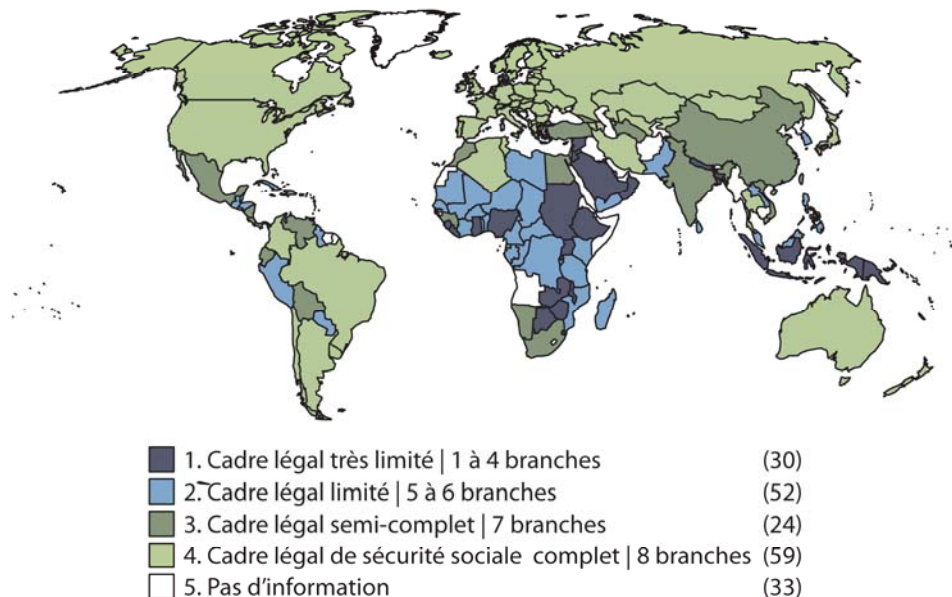
Le présent colloque entend permettre de débattre pour parvenir à un consensus sur la mise en œuvre de cette stratégie à deux dimensions en Afrique, où les lacunes de la couverture constituent l'un des plus grands défis à relever par les politiques de développement économique et social.

Le présent rapport brosse un panorama de la situation de la sécurité sociale¹ en Afrique. Il entend permettre de mieux appréhender la sécurité sociale et son rôle dans la réduction de la pauvreté et l'atténuation des effets néfastes des crises économiques et sociales récurrentes, ainsi que des retombées de la crise financière mondiale actuelle sur la population de la région.

Les concepts, définitions et approches préconisés par l'OIT et l'Union africaine et, plus largement, par le système des Nations Unies en matière de sécurité sociale sont explicités dans le chapitre 1. L'historique des accords internationaux et conventions internationales de sécurité sociale et de protection sociale, tels que promus par l'OIT, démontre le degré de consensus atteint à l'échelle de la planète et du continent africain sur le rôle important que joue la sécurité sociale en tant que stratégie de lutte contre la pauvreté et contributeur à la croissance et au développement économiques. Le chapitre 2 présente une analyse de certaines des grandes caractéristiques sociales et économiques de la région qui expliquent en partie la pauvreté et l'insécurité massives qui sévissent en Afrique, resituant ainsi la sécurité sociale dans le contexte des réalités auxquelles est confronté le continent.

La carte ci-après illustre l'ampleur de la couverture des régimes de sécurité sociale dans le monde et montre que l'Afrique est la région où la proportion de la population ayant accès à un système de sécurité sociale complet est la plus faible.

Branches de la sécurité sociale: nombre d'individus couverts par un régime légal de sécurité sociale, 2008-09



Sources: Pour l'identification des groupes couverts: SSA/AISS, 2008 pour l'Asie et l'Europe; 2009 pour l'Afrique et les Amériques; l'évaluation quantitative a été réalisée à l'aide de bases de données statistiques: BIT, LABORSTA et ICMT; et de données des bureaux statistiques nationaux. Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de pays compris dans chaque groupe.

¹ Dans le présent rapport, les termes «sécurité sociale» et «protection sociale» sont utilisés de façon interchangeable.

Les chapitres 3 et 4 dressent un état des lieux de la sécurité sociale en Afrique en s'attardant plus particulièrement sur ses principales composantes: les mesures qui permettent un accès abordable aux soins de santé et celles qui garantissent une sécurité de revenu. Ces chapitres présentent les systèmes de sécurité sociale, définissent certaines des principales dimensions de la sécurité sociale et recensent les principaux défis à relever dans les 53 pays d'Afrique. La nature des systèmes de sécurité sociale, leur portée et leur couverture ainsi que le type de prestations qu'ils offrent sont examinés, notamment en ce qui concerne le secteur formel, le secteur rural informel et le secteur urbain informel de l'économie. Ces chapitres reposent sur une analyse de la situation de la sécurité sociale dans le monde effectuée par le Département de la sécurité sociale du BIT et présentée dans l'édition 2010-11 du *Rapport sur la sécurité sociale dans le monde* (BIT, 2010a) ainsi que sur une autre étude, réalisée pour l'Union africaine en 2008 (Taylor, 2008).

Le chapitre 5 propose un modèle de stratégie d'extension de la sécurité sociale en Afrique élaboré en s'appuyant sur cette analyse et en tenant compte de l'environnement des politiques publiques. Le chapitre 6 présente des conclusions pour l'action publique.

Quelques études de cas portant sur des initiatives prises par les pays pour étendre les programmes de sécurité sociale en Afrique sont présentées en annexe I. Elles montrent que la sécurité sociale contribue fortement à la réduction de la pauvreté, au renforcement des capacités et à la promotion d'un cercle vertueux dans lequel la croissance économique passe par le développement humain. Elles permettent de dégager des enseignements et des bonnes pratiques qui offrent des points de repère pour la mise en œuvre de politiques et programmes dans d'autres pays d'Afrique. Elles révèlent les lacunes de la couverture de la protection sociale pour les individus les plus pauvres et les plus vulnérables et mettent ainsi en lumière les obstacles à surmonter et priorités à définir dans le cadre des mesures qui seront prises à l'avenir pour étendre la protection sociale et instaurer un socle social en dessous duquel personne ne devrait tomber.

1. Contexte de l'action publique

1.1. Tendances générales

Les conceptions sur la sécurité sociale et la protection sociale, sur leurs liens avec le développement économique durable et leur pertinence en tant que solution générale à la pauvreté et au manque de capacités ont connu une évolution importante en Afrique et dans d'autres régions du monde. Cette évolution marque une rupture avec une approche de la lutte contre la pauvreté fondée sur la fourniture de filets de protection fragmentés, instaurés par ajouts successifs, ou sur une protection sociale résiduelle en faveur d'une approche dans laquelle la protection sociale est conçue comme une politique de développement globale considérée comme une dimension indispensable de la croissance et du développement humain.

Les données de la recherche montrent que les pays dotés de systèmes de protection sociale complets sont parvenus, au fil du temps, à mettre en place des processus économiques et sociaux profitant à tous avec la participation de la frange la plus pauvre de leur population. Aujourd'hui, bon nombre de ces pays sont devenus des nations industrialisées de premier plan, dotées d'une économie très développée et affichant des indicateurs de développement humain nettement plus élevés (Townsend, 2007, 2009).

Les travaux de recherche sur les pays d'Afrique qui ont instauré des dispositifs de protection sociale corroborent ces données et montrent que, en plus d'être indispensables pour garantir une croissance économique soutenue, les dispositifs de sécurité sociale impulsés par l'Etat sont abordables pour les pays à faible revenu dès lors qu'ils s'inscrivent dans le cadre d'un éventail de mesures bénéficiant du soutien de la communauté internationale (DFID, 2006; Pal *et al.*, 2005; BIT, 2008b). Les enseignements tirés de ces études confirment que, lorsqu'elle est considérée comme une composante essentielle du développement et des politiques sociales, la protection sociale peut permettre de lutter contre différentes dimensions de la pauvreté, réduire les injustices et les inégalités et jouer un rôle dans la politique mise en œuvre à l'échelon national pour promouvoir la croissance économique.

Du point de vue de l'action publique, cette évolution des conceptions conduit non pas à se demander *si* les pays devraient se doter de systèmes de protection sociale, mais à s'interroger sur les moyens de parvenir à mettre en place cette protection sociale de façon à promouvoir le développement humain et une croissance économique qui profite à l'ensemble de la population.

Désormais, les gouvernements des pays africains font des choix stratégiques volontaristes, plus précisément sur les questions suivantes:

- Que doit comporter le dispositif de protection sociale de base?
- Comment et sur quelle base déterminer le niveau de la protection fournie?
- Quels sont les instruments nécessaires pour effectuer une évaluation et un suivi des programmes?
- Comment renforcer les capacités pour la mise en œuvre aux niveaux national, local et sous-régional?

Ces questions, entre autres, constituent un volet important de l'agenda stratégique pour la protection sociale, qui représente un axe d'action essentiel de l'Union africaine et des principaux partenaires pour le développement.

1.2. La dynamique en faveur de politiques d'extension de la protection sociale en Afrique

Depuis sa création, en 1919, l'OIT a adopté un certain nombre de conventions et de recommandations sur la sécurité sociale. Au nombre des initiatives qui ont marqué un tournant dans l'évolution de la politique en matière de sécurité sociale figure l'adoption de la recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944, et de la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, qui ont introduit un nouveau principe, selon lequel l'universalité devait constituer la base du développement de la sécurité sociale.

Ces deux recommandations ont marqué un changement de conception fondamental en matière de politiques de sécurité sociale, la priorité étant désormais donnée non plus à la protection sociale des *travailleurs*, mais à celle de *l'ensemble de la population*. Elles ont ouvert la voie à la reconnaissance de la sécurité sociale en tant que droit de l'homme dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 puis, quelques années plus tard, en 1967, dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC). Pendant des décennies, l'OIT s'est mobilisée sans relâche pour donner un sens au droit à la sécurité sociale dans les contextes économiques et sociaux divers et changeants existant dans le monde. La convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, a constitué une avancée dans la mesure où elle a défini neuf branches de sécurité sociale, énoncé des normes minimales pour chacune d'elles ou des directives pour la gouvernance et la viabilité des régimes de sécurité sociale (BIT, 2009c).

Ces dernières années, en Afrique, la dynamique en faveur de politiques visant à promouvoir et à étendre la protection sociale a été impulsée à la fois par l'OIT et par l'Union africaine. L'adoption de l'Acte constitutif de l'Union africaine lors de la 36^e session ordinaire de l'Assemblée des chefs d'Etat et de gouvernement, le 11 juillet 2000 à Lomé (Togo), a rendu et continue de rendre plus nécessaire la définition d'un agenda stratégique commun pour remédier aux difficultés rencontrées par la population du continent. Dans ses articles 3 et 4, l'acte constitutif souligne la nécessité de promouvoir et protéger les droits de l'homme et des peuples conformément à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples. Il fait expressément mention de la volonté de promouvoir le développement durable aux plans économique, social et culturel ainsi que la coopération dans tous les domaines de l'activité humaine en vue de relever le niveau de vie des peuples africains (Union africaine, 2000). Il définit également un cadre général pour la tenue des discussions ultérieures sur la pauvreté, le chômage et la vulnérabilité.

1.3. La Déclaration et le Plan d'action de Ouagadougou

Le chômage et la pauvreté figuraient parmi les principaux thèmes à l'ordre du jour de la troisième session extraordinaire de l'Assemblée des chefs d'Etat et de gouvernement de l'Union africaine, en septembre 2004 à Ouagadougou au Burkina Faso. Cette rencontre a débouché sur l'adoption d'une Déclaration sur l'emploi et la lutte contre la pauvreté en Afrique, d'un Plan d'action et d'un mécanisme pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.

Les objectifs officiels de la Déclaration et du Plan d'action sont de renforcer les pouvoirs des citoyens, de créer des opportunités et de mettre en place une protection et une sécurité sociale pour les travailleurs à travers l'instauration d'un environnement axé sur les

individus, propre à promouvoir le développement et la croissance nationale. Le Plan d'action prévoit la mobilisation des ressources nécessaires, aux niveaux national, régional et international, à la mise en œuvre de différents programmes d'action. Il reconnaît la nécessité d'adopter une approche cohérente et intégrée du développement social, de la création d'emplois et de la lutte contre la pauvreté (Union africaine, 2004).

Ensemble, la Déclaration et le Plan d'action forment le cadre sur lequel repose actuellement la stratégie de l'Union africaine en matière de développement social. Ils soulignent la nécessité d'agir aux niveaux régional, national et international. La Déclaration insiste aussi sur la nécessité de renforcer la capacité des communautés économiques régionales (CER) à promouvoir l'emploi productif et la protection sociale dans le cadre de la coopération régionale et interrégionale en Afrique. Les pays membres de l'Union africaine et les communautés économiques régionales sont désignés comme les principaux organes chargés de la mise en œuvre de la Déclaration et du Plan d'action, tandis que la Commission du travail et des affaires sociales joue le rôle de coordinateur du mécanisme de mise en œuvre (Union africaine, 2004). Le lien entre réduction de la pauvreté, emploi productif et protection sociale établi par le Plan d'action renvoie directement à l'Agenda du travail décent de l'OIT (Taylor, 2008).

1.4. Promouvoir l'Agenda du travail décent de l'OIT

En intégrant à leurs objectifs l'amélioration de la couverture et de l'efficacité de la protection sociale pour toutes les catégories sociales, en particulier la population pauvre et vulnérable, la Déclaration et le Plan d'action de Ouagadougou soutiennent les efforts déployés pour promouvoir l'Agenda du travail décent de l'OIT. L'édition 2004-05 du *Rapport sur l'emploi dans le monde*, qui définit le travail décent comme «un travail qui non seulement procure un revenu suffisant mais qui s'accompagne aussi d'une protection sociale, de bonnes conditions de travail et de la possibilité pour les travailleurs d'exprimer leur point de vue» (BIT, 2005a, p. 23), souligne que des millions de travailleurs et leurs familles sont condamnés à vivre dans la pauvreté, en particulier en Afrique.

Des changements observables empiriquement affectent les caractéristiques de l'emploi mondial et sont à l'origine d'une évolution inquiétante du lien entre pauvreté et travail rémunéré. Ainsi, selon le *Rapport sur l'emploi dans le monde (ibid., p. 24)*, 49,7 pour cent des travailleurs de la planète ne gagnent pas assez pour dépasser le seuil de pauvreté de 2 dollars par jour et 19,7 pour cent vivent actuellement avec moins de 1 dollar par jour.

Comme on pouvait s'y attendre, le nombre de travailleurs pauvres a augmenté dans les pays à faible revenu, l'Afrique subsaharienne affichant la proportion la plus élevée, estimée à 55,8 pour cent en 2003. Ces tendances montrent aussi que de plus en plus d'individus, en plus d'avoir des conditions de travail dangereuses, ne sont pas en mesure de pourvoir correctement à leurs besoins et à ceux de leurs familles. De surcroît, les institutions de sécurité sociale rencontrent de graves problèmes pour remplir leur mission et honorer leurs engagements en raison du niveau élevé du chômage et de difficultés de gestion. En outre, à mesure de l'évolution des marchés du travail et de l'extension des marchés mondiaux, la sécurité sociale fondée sur le principe de l'assurance sociale liée à l'emploi est de plus en plus dissociée du travail salarié (Taylor, 2007).

Les dimensions sociales du processus de mondialisation économique actuel mettent en évidence une évolution des caractéristiques de la production transfrontalière; cette évolution engendre de nouveaux risques et situations de vulnérabilité, qui viennent s'ajouter à la pauvreté et au chômage structurels que connaît déjà l'Afrique. Comme de plus en plus de travailleurs sont contraints de se tourner vers l'emploi informel ou occasionnel, les emplois à long terme offrant une sécurité et permettant d'accéder aux

soins de santé et de percevoir une pension à la retraite deviennent plus rares. La protection sociale doit être considérée comme une composante essentielle de l'Agenda du travail décent en Afrique pour que la sécurité humaine des travailleurs soit garantie, dans le secteur formel comme dans le secteur informel. Parce qu'elle ne se limite pas à des dispositifs d'assurance sociale liés à l'emploi, la protection sociale peut offrir des garde-fous de nature à protéger l'ensemble des travailleurs (du secteur réglementé comme du secteur non réglementé) dans le cadre d'un système de prestations sociales complet.

La nécessité d'adopter une approche d'ensemble du travail et des droits apparaît clairement dans les normes de l'OIT, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans nombre d'études récentes (voir Sen, 2000; Standing, 2002). Faire en sorte que «chaque femme et chaque homme puisse accéder à un travail décent et productif dans des conditions de liberté, d'équité, de sécurité et de dignité humaine» (OIT, 1999, p. 3) devient un élément essentiel de la stratégie adoptée par l'OIT comme par l'Union africaine en matière de protection sociale. Sen (2000) affirme que cet objectif doit viser «tous les travailleurs», quel que soit le secteur auquel ils appartiennent, qu'ils soient rémunérés ou non, de sexe masculin ou féminin, qu'ils travaillent dans le secteur non protégé, soient travailleurs indépendants ou encore à domicile. «Il y a, parmi les travailleurs, de multiples catégories qui ne partagent pas toujours le même sort. En répondant aux intérêts et aux revendications de l'une, on risque fort de négliger ceux des autres.» (*Ibid.*, p. 130.)

Cette situation joue un rôle important dans le fait que la protection sociale prend de plus en plus d'importance dans la région et que des efforts sont déployés pour maintenir et développer les dispositifs existants en attachant une importance particulière à la lutte contre l'exclusion.

1.5. L'Appel de Livingstone et la Déclaration de Yaoundé

La Conférence de Livingstone tenue en mars 2006 a représenté une autre étape décisive dans l'engagement des gouvernements africains à promouvoir la protection sociale, conçue comme une réponse immédiate à la vulnérabilité croissante de la population face à la fois au dénuement chronique et aux nouvelles crises qui frappent la région. Un certain consensus s'est dégagé sur la nécessité de mettre en œuvre, de façon plus large dans l'ensemble de l'Afrique, des dispositifs tels que pensions sociales et transferts en espèces en faveur des groupes vulnérables comme les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées. Une autre réunion importante, organisée à Yaoundé, a aussi contribué de façon notable à faire de la protection sociale un domaine d'action prioritaire.

Dans le droit-fil de la Déclaration et du Plan d'action de Ouagadougou, l'Appel de Livingstone reconnaît que la promotion d'une approche liant politiques pour l'emploi et réduction de la pauvreté constitue une condition indispensable à la mise en œuvre d'une stratégie globale de développement social. L'Appel de Livingstone adopte pour principe directeur l'idée que la protection sociale fait partie intégrante à la fois des programmes de promotion des droits de l'homme et de ceux qui visent à favoriser l'autonomie de la population.

Encadré 1

Accord sur la protection sociale conclu à Livingstone, 2006

- Les dispositifs de protection sociale, y compris les transferts sociaux et en espèces, entraînent une réduction directe de la pauvreté et des inégalités lorsqu'ils sont associés à d'autres services sociaux.
- La mise en place d'un ensemble élémentaire de transferts sociaux est abordable avec les ressources dont disposent actuellement les Etats et avec l'aide des partenaires pour le développement.

Au nombre des questions jugées essentielles pour la mise en œuvre de cette stratégie figurait celle de caractère abordable des systèmes de protection sociale et de leur complémentarité avec d'autres services. L'un des aboutissements importants de la Conférence de Livingstone a été la reconnaissance de ce que la mise en place d'un ensemble de transferts sociaux de base est abordable dans le cadre des ressources financières actuelles des Etats et avec l'aide des partenaires pour le développement.

1.6. La onzième Réunion régionale africaine de l'OIT, 2007

La onzième Réunion régionale africaine de l'OIT, qui s'est tenue à Addis-Abeba en avril 2007, a défini les objectifs suivants en matière de sécurité sociale:

Tous les pays d'Afrique adoptent des stratégies nationales cohérentes en matière de sécurité sociale, notamment en vue de la création ou de l'extension d'un système de sécurité sociale de base donnant accès aux soins de santé essentiels, à la protection de la maternité, à des allocations pour les enfants d'âge scolaire, à la protection contre les handicaps et à une pension minimale. (OIT, 2007a, p. 6, paragr. 17.)

Pour mettre en place des mesures aussi ambitieuses, l'Afrique doit se mobiliser sans relâche pour sensibiliser non seulement les populations en général, mais aussi les décideurs au plus haut niveau. Une telle mobilisation n'est possible que dans le cadre de la formulation et de la mise en œuvre des programmes par pays de promotion du travail décent (PPTD).

1.7. Cohérence entre la protection sociale et les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP)

Ces deux dernières décennies, les pouvoirs publics des pays d'Afrique ont testé et mis en place une série d'initiatives comportant des stratégies et programmes de lutte contre la pauvreté afin de remédier à la pauvreté et aux inégalités sociales. Les efforts déployés pour tenter d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à l'horizon 2015, en particulier l'OMD 1 relatif à la pauvreté monétaire et à la faim, ne sont pas à la hauteur des attentes en Afrique subsaharienne. L'accent récemment mis sur la nécessité de mettre en œuvre un agenda stratégique pour la protection sociale a incité un certain nombre de pays africains à intégrer une stratégie nationale de protection sociale à leur stratégie de lutte contre la pauvreté. C'est ce qu'a fait le Sénégal en 2006 avec la coopération de la Banque mondiale. Le Mozambique a récemment élaboré un dispositif de sécurité sociale de base (non contributif) organisant la protection sociale en quatre composantes qui vont dans le sens du concept du socle de protection sociale. La Zambie et la République-Unie de Tanzanie ont intégré des objectifs de protection sociale, axés sur la réduction de la pauvreté, à leurs plans nationaux de développement. Les pays cherchent ainsi à établir un lien entre protection sociale et politiques et stratégies de développement économique.

Malgré ces tentatives, au rythme actuel, il ne sera pas possible d'atteindre les OMD à l'horizon 2015. Dans de nombreux pays, les compétences en matière de protection sociale et de politiques de réduction de la pauvreté restent partagées entre différents services de

l'administration, si bien que, d'un point de vue programmatique, il est difficile d'effectuer un suivi des moyens affectés et des résultats économiques et sociaux obtenus. Il faudrait favoriser la cohérence des politiques et fusionner les multiples programmes en cours en Afrique afin de garantir que les ressources sont effectivement utilisées de façon à répondre aux besoins des plus pauvres et de la population la plus exposée aux risques.

Les accords bilatéraux et multilatéraux avec les institutions financières et les partenaires pour le développement peuvent avoir une influence sur les chances d'assurer la cohérence des programmes et politiques de protection sociale en Afrique. Par ailleurs, les initiatives prises pour atteindre les OMD pourraient être regroupées au sein d'un agenda stratégique complet pour la protection sociale. Les OMD constituent une composante importante des politiques de développement et doivent être intégrés aux éléments servant de référence pour l'évaluation de l'instauration d'un dispositif de protection sociale de base. Il faudrait que tous les DSRP de la deuxième génération incluent à la fois les cibles des OMD et les priorités définies dans le cadre des processus consultatifs mis en œuvre par l'Union africaine dans le domaine de la protection sociale. Pour qu'une stratégie de protection sociale viable puisse être mise en œuvre en Afrique, il est indispensable d'assurer la prévisibilité de l'aide au développement ainsi que l'augmentation des apports d'aide à l'appui des budgets et capacités institutionnelles des pays dans le domaine de la protection sociale.

1.8. Objectifs immédiats et pertinence de la protection sociale en Afrique

Il faut que les dispositifs de sécurité sociale mis en place en Afrique répondent aux besoins des populations dont une forte proportion, voire la majeure partie, vit en dessous du seuil de pauvreté.

Le BIT (2009d) définit la sécurité sociale comme l'ensemble des institutions, mesures, droits et obligations dont l'objectif premier est de fournir – ou de s'efforcer de fournir –, en fonction de règles définies, une sécurité de revenu et des soins médicaux à chaque membre de la société. Cette définition peut s'interpréter en référence à des sociétés – nations – dans leur ensemble, à des groupes sociaux et aux secteurs formel et informel de l'économie. Au plan opérationnel, il est donc possible de concevoir que les systèmes de protection sociale ou de sécurité sociale regroupent:

- les transferts en espèces qui, dans une société, visent à offrir une sécurité de revenu et, par conséquent, à prévenir ou réduire la pauvreté;
- les mesures qui garantissent l'accès aux soins médicaux, aux services de santé et aux services sociaux; et
- les autres mesures de nature similaire visant à protéger le revenu, la santé et le bien-être des travailleurs et de leurs familles.

Cette définition et cette conception reposent sur l'idée que la sécurité sociale est redistributive et réduit ou atténue la pauvreté, prévient l'exclusion sociale et favorise l'intégration sociale.

Le BIT souligne expressément que cette conception de la sécurité sociale suppose de créer des régimes non contributifs (par exemple financés par l'impôt) ou d'autres dispositifs d'assistance sociale afin d'aider les individus et les groupes qui n'ont pas les moyens de cotiser suffisamment eux-mêmes pour assurer leur protection et sont, de ce fait, exclus des régimes de sécurité sociale formels – il s'agit essentiellement des travailleurs de l'économie informelle (et de leurs familles). Il faudrait que les pouvoirs publics, qui

constituent le principal moteur en matière de mesures de protection sociale, adoptent des réformes pour intégrer progressivement au système de protection sociale ceux qui en sont actuellement exclus (*ibid.*, pp. 10-13).

Tout récemment, la première Conférence des ministres en charge du développement social, organisée par l'Union africaine à Windhoek, en Namibie, du 27 au 31 octobre 2008, a adopté le Cadre de politique sociale pour l'Afrique. Ce cadre, qui souligne que les investissements dans la protection sociale et l'accès à la protection sociale restent faibles en Afrique, prévoit la création progressive d'un système de protection sociale et de sécurité sociale «reposant sur des plans nationaux de protection sociale complets et s'inscrivant dans un horizon temporel plus long. Au nombre des mesures à prendre figurent: l'extension des régimes d'assurance sociale existants (avec subventions en faveur des individus qui n'ont pas les moyens de cotiser); la mise en place de régimes d'assurance à base communautaire ou professionnelle reposant sur une adhésion volontaire, de services de protection sociale, de systèmes de garantie de l'emploi et l'instauration et l'extension de systèmes de transferts en espèces non contributifs, financés par des fonds publics.» (Union africaine, 2008.)

Le cadre de politique sociale invite les pays africains à choisir la stratégie d'extension de la couverture et les outils les plus appropriés à leur situation. Il souligne toutefois qu'un consensus commence à se dégager sur le fait «qu'un ensemble minimum de mesures de protection sociale de base doit contenir: les soins de santé essentiels et des prestations en faveur des enfants, des travailleurs de l'économie informelle, des chômeurs, des personnes âgées et des personnes handicapées. Cet ensemble minimum constitue une base à partir de laquelle la protection sociale peut être élargie et étendue à mesure qu'une marge budgétaire se dégage.»

Il fait également observer que cet «ensemble minimum de mesures de protection sociale peut avoir un impact significatif en termes de recul de la pauvreté, d'amélioration du niveau de vie, de réduction des inégalités et de promotion de la croissance économique et s'est révélé accessible, même pour les pays à faible revenu, dans le cadre des ressources existantes, à condition d'être bien géré».

Encadré 2

L'Afrique adopte une définition de la protection sociale

L'Union africaine définit la protection sociale comme un «ensemble» de politiques et de programmes visant à réduire la pauvreté et la vulnérabilité de vastes segments de la population. Cet objectif est atteint à travers une «panoplie» de politiques/programmes favorisant l'efficacité des marchés du travail, réduisant l'exposition de la population aux risques et contribuant à renforcer la capacité des individus à se protéger et à se couvrir contre le risque d'absence ou de perte de revenu et à travers la fourniture de services sociaux essentiels (Union africaine, 2008).

L'OIT et l'Union africaine appellent donc l'une comme l'autre à une extension des régimes de protection sociale à toutes les catégories de travailleurs et à leurs familles à travers l'instauration d'une panoplie de programmes spécifiquement destinés à lutter contre la pauvreté et la vulnérabilité. Cette panoplie de programmes devrait couvrir la santé, l'éducation et l'accès à des services élémentaires comme l'approvisionnement en eau et l'assainissement – de façon à répondre aux besoins des populations les plus exposées aux risques, en particulier les travailleurs pauvres, les pauvres vivant en milieu rural, les femmes, les enfants et les personnes âgées en situation de pauvreté. Le champ d'application et le mode de mise en œuvre de ces programmes doivent à l'évidence être adaptés au contexte social et économique de chaque pays.

Le chapitre suivant présente une analyse du contexte social et économique africain. Cette description montre qu'il est important d'étendre progressivement la protection sociale afin d'instaurer un socle social minimum en dessous duquel personne ne devrait tomber.

2. Le contexte social et économique africain

Ce chapitre a principalement vocation à offrir une analyse quantitative et qualitative de la situation sociale et économique de l'Afrique. C'est en effet ce contexte qui conditionne la portée de la sécurité sociale et son impact sur les individus les plus vulnérables et les plus exposés aux risques, en l'occurrence les travailleurs pauvres et ceux de l'économie informelle. Il est également nécessaire de réaliser une analyse de la situation sociale et économique pour identifier les retombées potentielles de la crise financière mondiale qui a ébranlé les plus grandes puissances économiques du monde en 2008.

La pauvreté demeure un problème difficile à surmonter qui frappe des millions d'individus même si certains pays africains ont accompli des progrès grâce à des taux de croissance économique faibles mais constants, eux-mêmes dus à des politiques macroéconomiques stables. Un examen des tendances observées en la matière dans la région révèle l'ampleur et la profondeur de la pauvreté ainsi que l'importance du chômage, phénomènes qui ont une incidence dramatique sur les catégories de la population les plus vulnérables et les plus exposées aux risques. Compte tenu de cet environnement social et économique, il est urgent d'élaborer des stratégies de protection sociale à la fois pour lutter contre la pauvreté et pour promouvoir l'Agenda du travail décent.

2.1. Méthodologie

L'examen de la situation actuelle de la sécurité sociale en Afrique et des tendances observées dans ce domaine a principalement été réalisé sur la base d'une étude des travaux de recherche, de la littérature et des politiques et documents officiels. Les tendances du chômage et de la pauvreté ainsi que les tendances démographiques liées à la santé et à l'éducation ont été associées à une analyse de données provenant de diverses sources. L'une des difficultés rencontrées dans ce type d'étude tient au fait que les informations et données disponibles – quantitatives comme qualitatives – sont fragmentées et dispersées. Les données sur les dispositifs de sécurité sociale existants et sur le secteur informel ont été difficiles à obtenir, si bien qu'il n'a pas été aisé d'identifier les problématiques importantes liées à l'adéquation de la couverture et à ses lacunes et de les intégrer à l'étude.

Les principales données démographiques sur les différents pays, les indicateurs de développement humain et de pauvreté et les statistiques sur l'emploi et le chômage proviennent des bases de données de l'OIT, du Rapport sur le développement humain du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD-RDH) et de la Division de la population des Nations Unies. Les informations sur les programmes de protection sociale existants, les cadres législatifs, les bénéficiaires et les services proposés proviennent des bases de données de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), de l'OIT et de la Banque mondiale.

Les données sur la sécurité sociale des travailleurs salariés proviennent des bases de données en ligne «Sécurité sociale dans le monde» de l'AISS et NATLEX du BIT. Le rapport s'appuie aussi sur des documents statistiques du Département des affaires sociales de la Commission de l'Union africaine, comme le Rapport sur l'état de la population africaine (*The State of the African Population Report, 2008*), des rapports de l'UNICEF sur la protection sociale et des études sur la protection sociale dans la région financées par le Department for International Development (DFID).

2.2. Structure de la population africaine

Avec une population nettement supérieure à 963 millions d'habitants en 2007 et un taux de fécondité totale d'environ 5 au cours de la période 2000-2005, l'Afrique est la région du monde qui connaît la croissance démographique la plus rapide (voir tableau SA1 b) dans l'annexe statistique). La répartition de la population par classe d'âge témoigne d'un «excédent de jeunes» non négligeable, qui va de pair avec un déficit de qualifications et d'emplois, lequel renforce la nécessité de regrouper les politiques de l'emploi, actives comme passives, avec les interventions directes de protection sociale. Environ 41 pour cent de la population totale étant âgés de 0 à 14 ans, il faut que les dispositifs de protection sociale soient de nature à répondre aux besoins des enfants en matière de développement et à remédier à la vulnérabilité à laquelle est confrontée une part tellement importante de la population.

Par comparaison, la principale fraction active de la population africaine, c'est-à-dire les personnes âgées de 15 à 64 ans, représente un peu plus de la moitié (56,4 pour cent) de la population totale. Or, en comparant cette proportion au nombre d'emplois qui existent actuellement dans la région, on ne peut qu'en déduire qu'une grande partie de la population appartenant à cette classe d'âge dépend du secteur rural ou du secteur informel pour subvenir à ses besoins. Le pourcentage de personnes de 65 ans et plus (3,4 pour cent) montre que les taux de mortalité sont élevés et l'espérance de vie faible en raison de maladies dues à la pauvreté. Parmi ces personnes, une forte proportion est fragilisée par divers facteurs tels que l'invalidité, l'obligation, de plus en plus fréquente, de prendre en charge des orphelins et des enfants, une capacité de gains réduite ou inexistante et des risques liés à la santé. Il faut que les dispositifs de protection sociale visant à réduire la pauvreté et les risques auxquels sont confrontées les populations les plus vulnérables tiennent compte de ces problématiques liées à l'âge ainsi que de problématiques liées au sexe, les femmes représentant la majorité des personnes de plus de 65 ans.

La population de la région qui vit en milieu urbain est estimée à 39,8 pour cent, et certains pays affichent un taux d'urbanisation élevé: l'Algérie (61 pour cent), le Gabon (92 pour cent), la Jamahiriya arabe libyenne (86 pour cent), la Mauritanie (69 pour cent), le Maroc (62 pour cent), le Nigéria (41 pour cent), le Sénégal (51 pour cent), l'Afrique du Sud (57 pour cent) et la Tunisie (65 pour cent). Toutefois, dans la plupart des pays d'Afrique, une forte proportion de la population vit encore en milieu rural, où elle n'a pas accès à des services comme l'eau et où les infrastructures telles qu'écoles, centres médicaux et infrastructures de transport sont inexistantes. Outre cette inégalité au niveau de la répartition géographique des services, dans les zones rurales, les emplois tendent à être concentrés dans le secteur agricole et l'agriculture de subsistance, et une forte proportion des actifs sont employés comme travailleurs occasionnels ou saisonniers sur une base informelle et en contrepartie de salaires inférieurs aux seuils de pauvreté nationaux.

Une forte proportion de la population africaine est exposée aux risques et connaît une situation de vulnérabilité que viennent aggraver l'âge, le sexe et des facteurs géographiques et environnementaux. C'est la raison pour laquelle les stratégies de protection sociale doivent accorder la priorité aux enfants, aux femmes, aux personnes âgées et à la population rurale.

2.3. La pauvreté: un trait caractéristique du contexte social et économique africain

Quel que soit l'indicateur retenu, la pauvreté représente un problème majeur en Afrique et les décideurs considèrent de plus en plus que les stratégies de lutte contre la pauvreté reposant sur la protection sociale exercent une influence non négligeable sur

l'ampleur et la profondeur de la pauvreté. Les études de cas nationales présentées en annexe I montrent qu'il est possible de réduire la pauvreté et les inégalités et de promouvoir le développement en s'appuyant sur les transferts et les services sociaux.

Toutefois, établir un ordre de priorité entre différents types d'interventions de protection sociale suppose d'appréhender ce que recouvre la pauvreté et de comprendre ses incidences sur les divers aspects de la vie de la population. La conception de la pauvreté, à la fois en tant que notion et en tant que situation sociale vécue par des millions d'individus, a évolué au fil du temps. Alors que la pauvreté était simplement perçue comme une absence d'accès au revenu et que les pauvres étaient définis comme la population disposant d'un revenu inférieur à un seuil défini, les conceptions actuelles tiennent compte des multiples carences et facteurs de vulnérabilité qui affectent le bien-être des individus en situation de pauvreté. Il existe plusieurs dimensions du bien-être, et ce sont les interactions entre ces dimensions qui donnent à la population les bases sur lesquelles s'appuyer pour sortir de la pauvreté et tirer parti des opportunités économiques et sociales afin de promouvoir le développement individuel et collectif.

Cette approche multidimensionnelle de la pauvreté s'inscrit dans la même logique que l'approche du développement axée sur la liberté formulée par Sen (1999). Les dimensions de la pauvreté sur lesquelles elle repose comprennent différents aspects des conditions de vie comme l'exercice d'un travail salarié décent, l'alphabétisation (scolarisation) et la santé (espérance de vie, mortalité maternelle et infantile). Au nombre des autres dimensions prises en compte dans les définitions contemporaines de la pauvreté figurent les facteurs qui augmentent la vulnérabilité et favorisent l'exclusion sociale et politique. Parmi les nombreuses catégories de la population qui vivent dans la pauvreté, celles qui souffrent de pauvreté chronique et sont exposées à un large éventail de risques sont les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes qui vivent dans le secteur informel et dans des zones d'habitat informel en milieu rural et périurbain. L'âge, le sexe, les facteurs géographiques, les facteurs de vulnérabilité liés au revenu et à l'emploi s'ajoutent à d'autres éléments pour plonger les ménages et communautés du continent africain dans une grande détresse sociale et économique.

Un autre des facteurs à prendre en compte est que la pauvreté a un caractère relatif. Il s'agit également d'un phénomène dynamique, non statique, ce qui signifie que les individus peuvent voir leur pauvreté s'aggraver, mais aussi qu'ils peuvent en sortir et y entrer à nouveau, parfois à plusieurs reprises. La situation des individus évoluant, une même personne peut connaître différents types et degrés de pauvreté au cours de son existence. La pauvreté est dite chronique lorsque des individus ont un revenu extrêmement faible et sont nés pauvres ou l'ont été pendant longtemps. La pauvreté chronique est un phénomène intergénérationnel (qui se transmet de génération en génération – par exemple de la mère à l'enfant) dû à des problèmes structurels. La pauvreté est dite transitoire lorsque les individus y entrent et en sortent pour diverses raisons telles que rareté de l'emploi, mauvaises récoltes, catastrophes naturelles, maladies, crises macroéconomiques et financières.

Les politiques et les dispositifs de protection sociale qui visent à remédier aux multiples carences dont souffre la population doivent tenir compte non seulement des données «brutes» sur la pauvreté, mais aussi de «l'attrition» ou rotation au sein de la population pauvre. Dans une région comme l'Afrique, où la pauvreté chronique et la pauvreté transitoire s'ajoutent à différentes formes de vulnérabilité, les décideurs doivent aussi tenir compte des effets des politiques publiques sur les individus situés juste au-dessus d'un seuil de pauvreté donné et des implications de ces effets compte tenu de la vulnérabilité de ces individus vis-à-vis de chocs extérieurs. Les crises financières, environnementales et épidémiologiques ont des conséquences disproportionnées sur les individus qui vivent dans des ménages souffrant de pauvreté monétaire. Pour être efficaces, les politiques de protection sociale doivent être adaptées aux besoins des

populations qui connaissent une pauvreté chronique, mais aussi de celles qui sont vulnérables et risquent de sombrer dans la pauvreté.

2.4. La pauvreté monétaire: un rôle déterminant dans les carences multiples

Bien que la pauvreté monétaire ne soit qu'une dimension d'un phénomène constitué de carences multiples, elle n'en reste pas moins un indicateur significatif parce que le revenu joue un rôle décisif dans l'accès à divers services, notamment à la santé, à l'éducation, à l'eau, au transport et aux débouchés sociaux et économiques. Un rapide examen de la situation de l'Afrique de 1981 à 2005 en termes de taux de pauvreté calculé à l'aide des seuils de pauvreté internationaux de 1 dollar par jour et 1,25 dollar par jour (voir tableau 2.1) montre que, malgré la croissance économique lente et constante observée dans beaucoup de pays, globalement, l'Afrique est la région où le pourcentage de personnes vivant au-dessous de ces seuils de pauvreté est le plus élevé. L'indicateur le plus révélateur de la situation démographique et socio-économique de l'Afrique est l'écart de pauvreté: l'indice d'écart de pauvreté de l'Afrique subsaharienne n'a quasiment pas évolué entre 1981 et 2005, la distance par rapport au seuil de pauvreté étant de 36,6 en 1981 et de 36,4 en 2005.

Une comparaison de ces chiffres avec ceux observés dans des régions comme l'Asie du Sud et l'Asie de l'Est, qui affichaient au départ des taux de pauvreté similaires et ont réalisé des progrès considérables en termes de recul de la pauvreté, soulève plusieurs questions, notamment les deux questions suivantes: dans quelle mesure les dispositifs de protection sociale liés à la santé, à l'éducation et à l'accès à l'infrastructure sociale ont-ils joué un rôle moteur dans les trajectoires de croissance de ces régions? Comment les pays de ces régions ont-ils fait face aux facteurs de vulnérabilité et aux risques au niveau macroéconomique?

Tableau 2.1. Indice numérique de pauvreté pour les seuils internationaux de pauvreté de 1 dollar et 1,25 dollar par jour et écart de pauvreté, par région, 1981-2005 (pourcentages)

a) Pourcentage de la population vivant avec moins de 1 dollar par jour

Région	1981	1984	1987	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Asie de l'Est et Pacifique	68,7	51,9	39,4	40,6	36,1	24,7	23,7	19,7	9,5
dont Chine	73,5	52,9	38,0	44,0	37,7	23,7	24,1	19,1	8,1
Europe orientale et Asie centrale	0,7	0,5	0,4	0,8	2,1	2,5	3,4	3,7	3,4
Amérique latine et Caraïbes	7,4	9,1	8,4	7,1	7,3	7,9	7,9	6,6	5,0
Moyen-Orient et Afrique du Nord	3,6	2,7	2,9	2,3	2,2	2,3	2,6	2,0	2,0
Asie du Sud	41,9	38,0	36,6	33,6	28,6	28,9	26,9	26,5	23,7
dont Inde	42,1	37,6	35,7	33,3	31,1	28,6	27,0	26,3	24,3
Afrique subsaharienne	39,5	43,6	42,8	45,9	44,3	47,1	45,6	41,6	39,2
Total	41,7	35,0	29,9	29,8	27,0	23,6	22,8	20,7	16,1

b) Pourcentage de la population vivant avec moins de 1,25 dollar par jour

Région	1981	1984	1987	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Asie de l'Est et Pacifique	78,8	67,0	54,4	56,0	51,2	37,1	35,5	29,6	17,9
dont Chine	84,0	69,4	54,0	60,2	53,7	36,4	35,6	28,4	15,9
Europe orientale et Asie centrale	1,6	1,2	1,0	1,5	3,8	4,5	5,4	5,6	5,0

Région	1981	1984	1987	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Amérique latine et Caraïbes	12,3	13,9	12,4	10,7	10,8	11,5	11,6	10,1	8,2
Moyen-Orient et Afrique du Nord	8,6	6,8	6,9	5,4	5,2	5,3	5,8	4,7	4,6
Asie du Sud	59,4	55,6	54,1	51,1	46,1	46,9	44,1	43,8	40,3
dont Inde	59,8	55,5	53,6	51,3	49,4	46,6	44,8	43,9	41,6
Afrique subsaharienne	50,8	54,7	53,4	54,9	54,8	57,5	56,4	52,7	50,4
Total	52,0	47,1	41,8	41,6	38,9	34,8	33,7	31,0	25,7

c) Indice d'écart de pauvreté

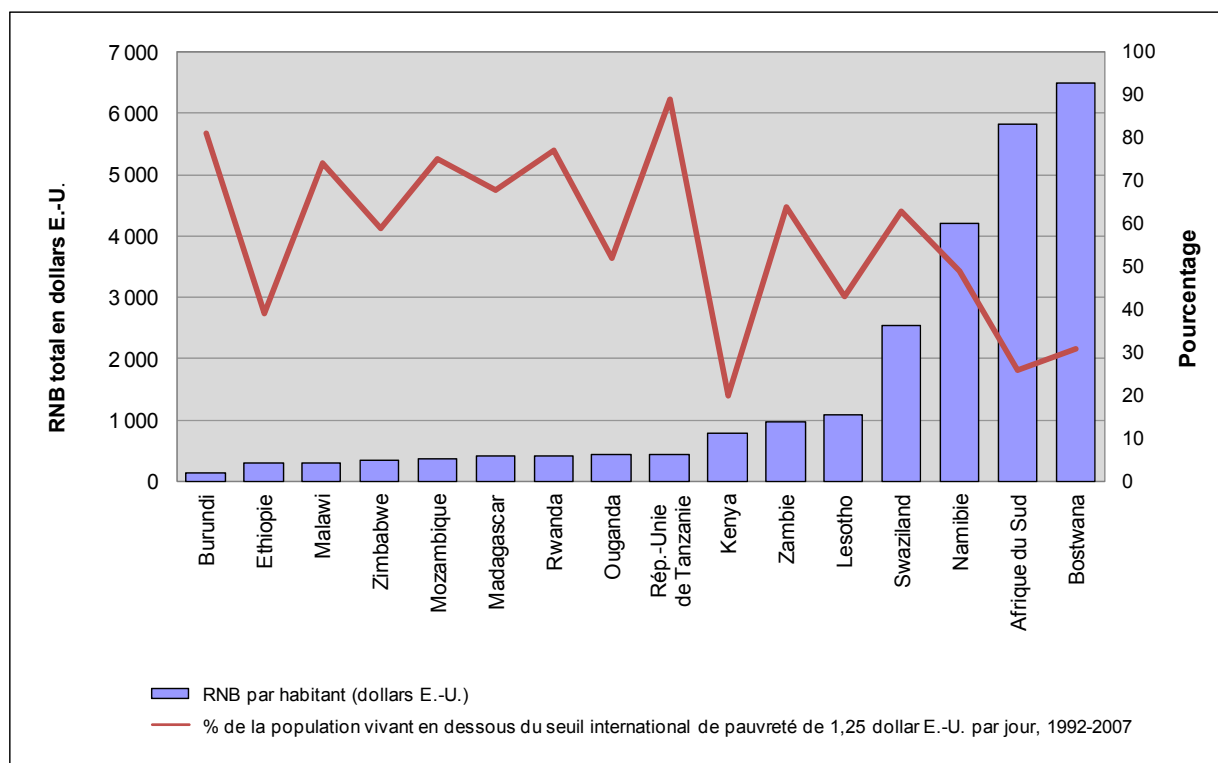
Région	1981	1984	1987	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Asie de l'Est et Pacifique	55,8	45,9	38,2	38,1	35,0	26,6	25,5	21,3	13,6
dont Chine	59,3	47,3	38,2	40,9	36,6	26,3	25,6	20,6	12,2
Europe orientale et Asie centrale	1,9	1,4	1,2	1,7	3,4	3,9	4,6	4,5	4,0
Amérique latine et Caraïbes	9,5	10,6	9,5	8,3	8,4	8,9	8,0	7,9	6,6
Moyen-Orient et Afrique du Nord	8,0	6,7	6,8	5,7	5,6	5,6	6,2	4,9	4,8
Asie du Sud	41,2	38,4	37,2	35,5	32,2	32,6	31,0	30,8	28,7
dont Inde	40,8	38,2	36,7	35,3	34,1	32,4	31,3	30,9	29,5
Afrique subsaharienne	36,6	39,6	38,7	39,9	39,7	41,9	41,0	38,7	36,4
Total	36,9	32,8	29,5	29,1	27,4	24,9	24,2	22,4	18,9

Source: Chen et Ravallion, 2008, pp. 32-3.

On ne dira jamais assez combien il est important de transformer la croissance économique, aussi limitée soit-elle, en mesures destinées à promouvoir une croissance économique propre à réduire la pauvreté. Le graphique 2.1 montre qu'il n'existe pas de corrélation automatique entre l'activité économique mesurée par le revenu national brut (RNB) et la réduction de la pauvreté monétaire, mesurée en pourcentage d'individus vivant avec moins de 1 dollar par jour. S'appuyant sur des données transnationales issues de son rapport *La situation des enfants dans le monde 2006*, l'UNICEF (2008) a constaté que les pays d'Afrique de l'Est et australe figurent parmi les pays les plus pauvres, avec un taux de pauvreté de 42 pour cent en moyenne et un RNB moyen par habitant de 980 dollars E.-U. Le RNB moyen par habitant s'établit à 328 dollars E.-U. dans les pays à faible revenu d'Afrique de l'Est et australe tandis qu'il est légèrement supérieur à 1 900 dollars E.-U. dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (Angola, Lesotho, Namibie et Swaziland) et se situe aux alentours de 3 900 dollars E.-U. dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (Botswana et Afrique du Sud).

Transformer la croissance économique totale, aussi faible soit-elle, en changements dans la vie des individus les plus pauvres et les plus vulnérables de l'Afrique suppose à la fois de mieux appréhender les caractéristiques multidimensionnelles de la pauvreté et d'établir des liens entre les objectifs des politiques sociales et économiques menées aux niveaux national et régional.

Graphique 2.1. Pauvreté et RNB par habitant, Afrique de l'Est et australe (AEA), 2006



Source: UNICEF, 2010.

Pour tenir compte du rôle décisif du revenu et déterminer dans quelle mesure le revenu est transformé en capacités et en réduction de la pauvreté aux niveaux individuel et collectif, il faut pouvoir répondre à beaucoup d'autres questions que celle de savoir si la consommation et le revenu ont augmenté. Il importe par exemple d'apprécier si la croissance du revenu est concentrée parmi les individus qui se situent juste en dessous du seuil de pauvreté, si la scolarisation des filles a progressé ou encore si les femmes sont moins nombreuses à mourir au cours de l'accouchement. Les parties qui suivent présentent un panorama régional de la pauvreté définie plus largement comme un manque de capacités.

2.5. Pauvreté et carences en matière de santé et d'éducation

Il existe un consensus fort sur le fait que l'accès aux soins de santé et à un enseignement de base et un revenu procuré par un travail décent et complété, si nécessaire, par des transferts sociaux en espèces constituent des composantes essentielles du socle de protection sociale. Il est désormais admis qu'il incombe aux gouvernements nationaux, dans le cadre d'un système international qui protège et promeut les droits humains de tous, en particulier des plus pauvres et des plus vulnérables, de garantir un accès aux soins de santé et à l'enseignement et d'instaurer un environnement propice au travail décent et à l'accès aux transferts sociaux.

Les souffrances inutiles et les décès prématurés constituent des violations des droits humains fondamentaux, ralentissent le développement humain et entraînent par conséquent une perte de potentialités humaines. Les maladies et les accidents sont des causes autant que des conséquences de la pauvreté et de l'insécurité économique. Ainsi, la peur d'une maladie catastrophique est souvent citée par la population pauvre comme le principal facteur d'insécurité (Narayan, 2000); au-delà de la perte de salaire qu'entraîne une telle

maladie, le coût exorbitant des soins médicaux d'urgence peut avoir raison des moyens de subsistance d'une famille. Les pandémies mondiales de maladies infectieuses anciennes et nouvelles comme la tuberculose, le paludisme et le sida ont eu un impact destructeur sur les populations les plus pauvres et les plus vulnérables.

Les parties qui suivent présentent une analyse, réalisée à l'aide d'un échantillon d'indicateurs, de l'ampleur et de la gravité des carences en matière de santé et d'éducation.

2.5.1. Des taux élevés de fécondité, de mortalité maternelle et de mortalité des enfants

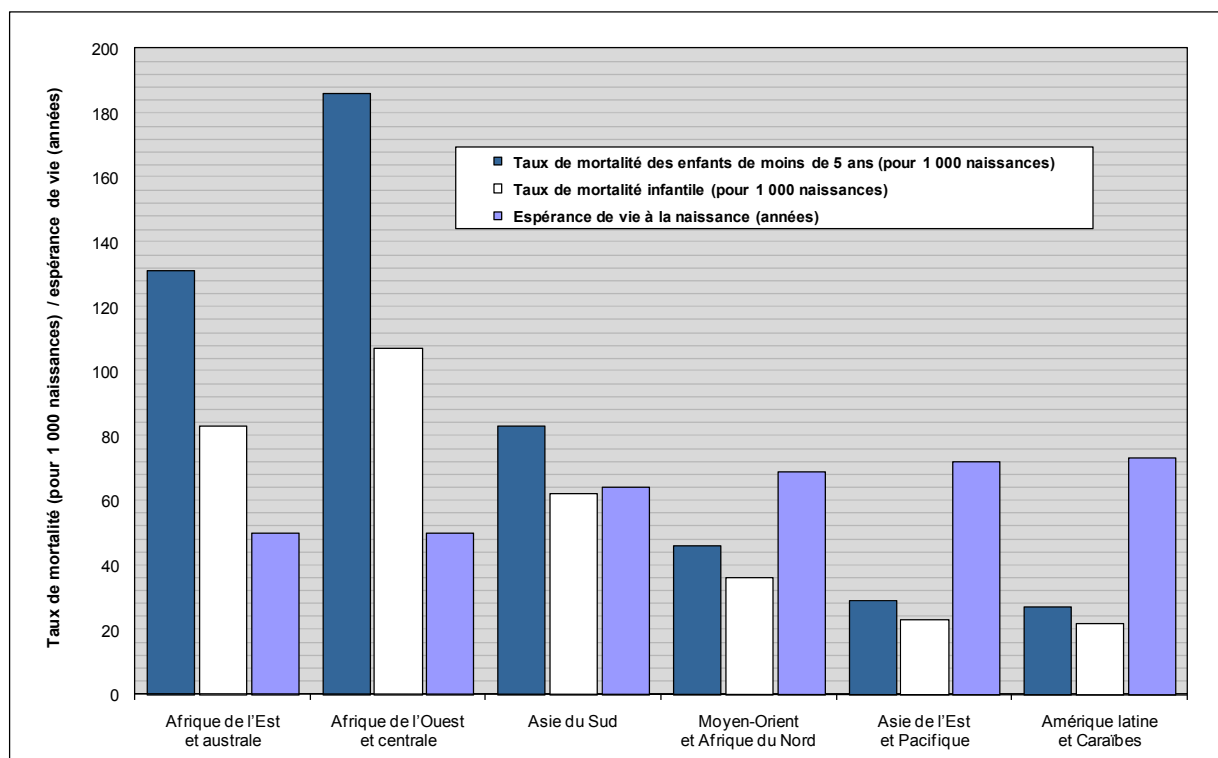
Le niveau élevé des taux de fécondité, de mortalité maternelle et de mortalité des enfants témoigne de l'ampleur des carences dont souffrent les plus pauvres en matière de santé. Comme le montre le graphique 2.2, les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont élevés. Sur le graphique 2.3, ces taux sont mis en rapport avec des indicateurs d'insuffisance pondérale à la naissance, de retard de croissance et de malnutrition. Les pays les plus pauvres affichent des taux de fécondité supérieurs à la moyenne (Burkina Faso 6,4; Tchad 6,5; Mali 6,7; Niger 7,5 et Sierra Leone 6,5). Outre ces taux de fécondité élevés, la région se caractérise par des taux de mortalité maternelle et de mortalité des enfants très élevés, une population rurale très importante, une forte incidence de l'analphabétisme, un retard en matière de droits des femmes et une productivité agricole très faible qui se traduit par une faible valeur marchande du temps des femmes (Sachs, 2008; voir aussi le tableau SA1 b)).

Au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Guinée, au Malawi, au Mali, au Mozambique, au Niger, au Rwanda, en Ouganda et en Zambie, les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans le quintile le plus pauvre de la population sont exceptionnellement élevés. Ces tendances ont un impact direct sur la capacité de ces pays à briser les cycles de la pauvreté chronique et de la pauvreté intergénérationnelle.

2.5.2. Une espérance de vie faible

En Afrique, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans pour les hommes comme pour les femmes. L'espérance de vie à la naissance est un indicateur important du développement humain et de la capacité d'un pays à connaître une croissance économique durable (voir graphique 2.2 et tableau SA1 b)).

Graphique 2.2. Espérance de vie à la naissance et mortalité des enfants, par région, 2006



Source: UNICEF, 2008.

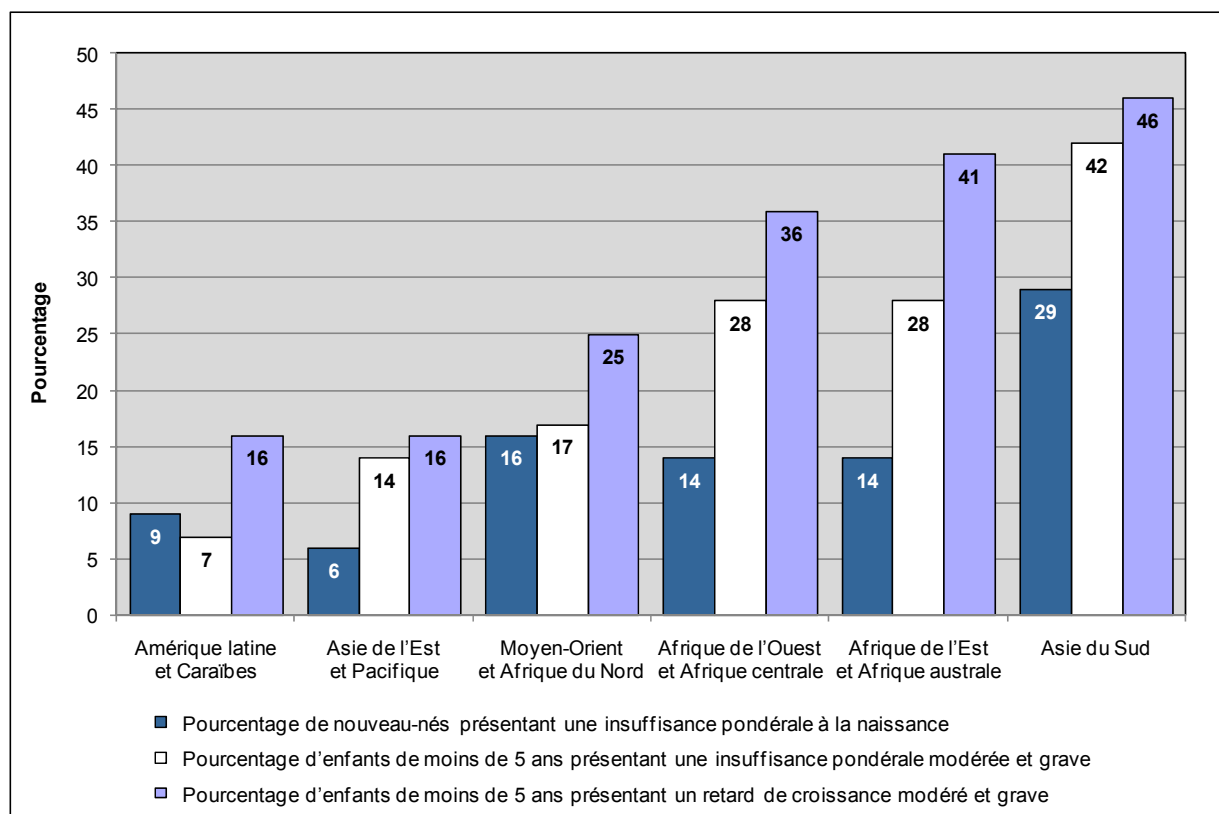
Le Botswana, le Lesotho, le Malawi, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe affichent des indicateurs d'espérance de vie extrêmement faibles, compris entre 33 et 40 ans. Le faible niveau de l'espérance de vie est également inquiétant dans d'autres pays d'Afrique. Les conséquences du VIH et du sida et d'autres maladies infectieuses évitables expliquent que l'espérance de vie soit aussi courte dans ces pays.

L'Algérie, le Cap-Vert, l'Égypte, la Jamahiriya arabe libyenne, Maurice, le Maroc, la Réunion, les Seychelles et la Tunisie affichent une espérance de vie relativement élevée, comprise entre 70 et 76 ans. Il s'agit également de pays qui ont introduit des dispositifs ambitieux, sous forme de programmes de protection sociale, pour remédier à la vulnérabilité (l'Algérie s'est par exemple dotée d'un régime de transferts en espèces qui touche plus de 7,4 millions de personnes à faible revenu).

2.5.3. La malnutrition et les carences dans l'enfance

Selon les estimations, au cours de la période 2000-2004, quelque 24 pour cent des enfants de moins de 5 ans vivant en Afrique souffraient d'insuffisance pondérale et 26 pour cent de la population étaient considérés comme sous-alimentés (voir tableau SA2). Les indicateurs retenus concernant les pays africains montrent également l'ampleur de la malnutrition et le niveau élevé de la mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans.

Graphique 2.3. Etat nutritionnel et poids à la naissance, par région, 2000-2006 *



* Les données se rapportent à la dernière année pour laquelle des données étaient disponibles au cours de la période indiquée en tête de colonne.
Source: UNICEF, 2008.

2.5.4. L'impact du VIH/sida sur la structure familiale et sociale

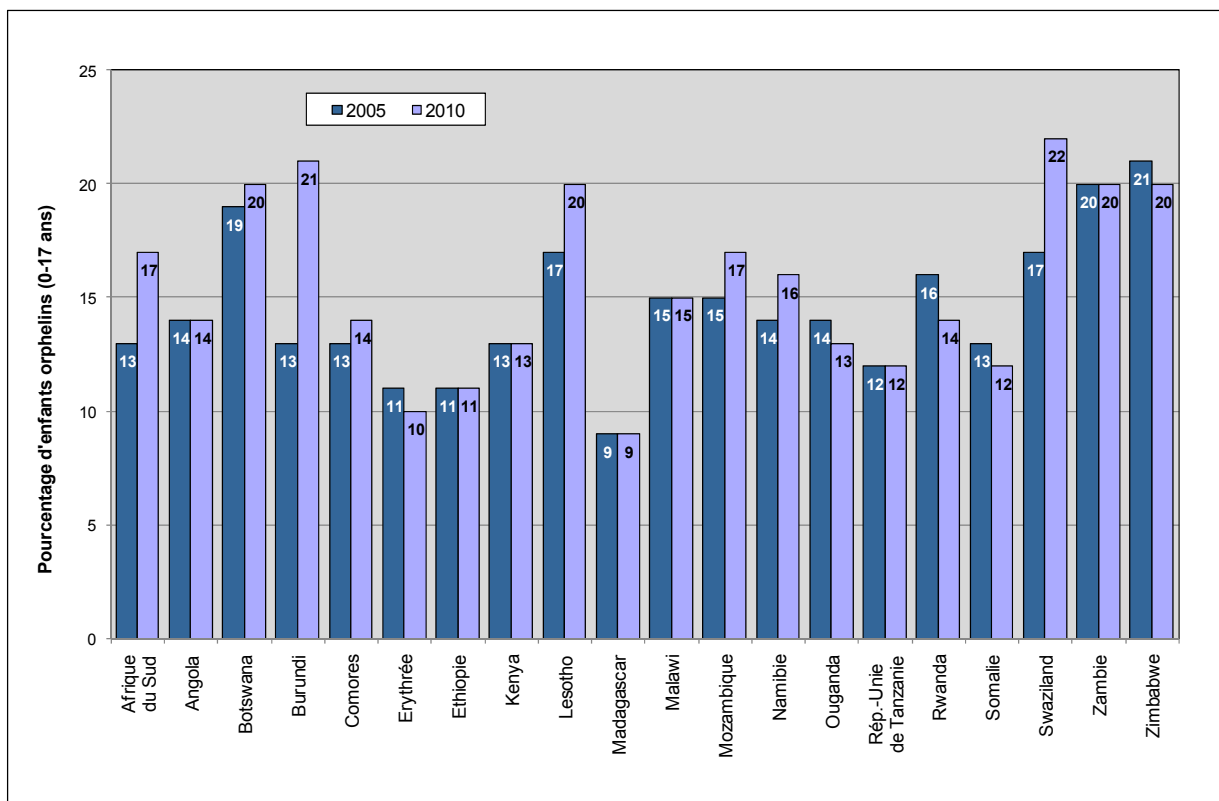
Selon les estimations, en 2007-08, 4 pour cent de la population africaine âgée de 15 à 49 ans avaient été contaminés par le VIH/sida (voir tableau SA2). Les conséquences dramatiques du VIH/sida et d'autres maladies infectieuses continuent d'affaiblir les mécanismes d'adaptation de la population. Par ailleurs, la révolution silencieuse qui transforme les structures de la famille africaine et, plus largement, les structures sociales est encore plus lourde de conséquences. Dans de nombreuses régions de l'Afrique, les structures familiales traditionnelles, composées des parents, des enfants et des grands-parents, évoluent.

Dans certaines des zones les plus durement touchées par la pauvreté et le VIH/sida, il existe des ménages dans lesquels on observe un «saut de génération» (les enfants vivant avec leurs grands-parents, tandis que leurs parents sont absents), des ménages dont le chef de famille est un enfant (dans lesquels il n'y a ni parents ni grands-parents) et des orphelins qui n'ont pas de famille élargie sur laquelle s'appuyer. L'ampleur du problème est évidente si l'on tient compte des chiffres sur les orphelins imputables au sida apparaissant sur les graphiques 2.4 et 2.5.

L'une des conséquences sociales importantes de cette situation est le transfert des rôles, la prise en charge de la famille incombant à des enfants qui n'ont pas accès aux soins de santé, à un soutien psychologique ou physique, à l'éducation ou à d'autres ressources essentielles pour faire face à leur situation. Selon les estimations, quelque 11 millions d'enfants seraient devenus orphelins à cause du sida dans la région (UNICEF, 2008). Ces

chiffres auront inévitablement une incidence sur le développement social des ménages, des communautés et de la région dans son ensemble.

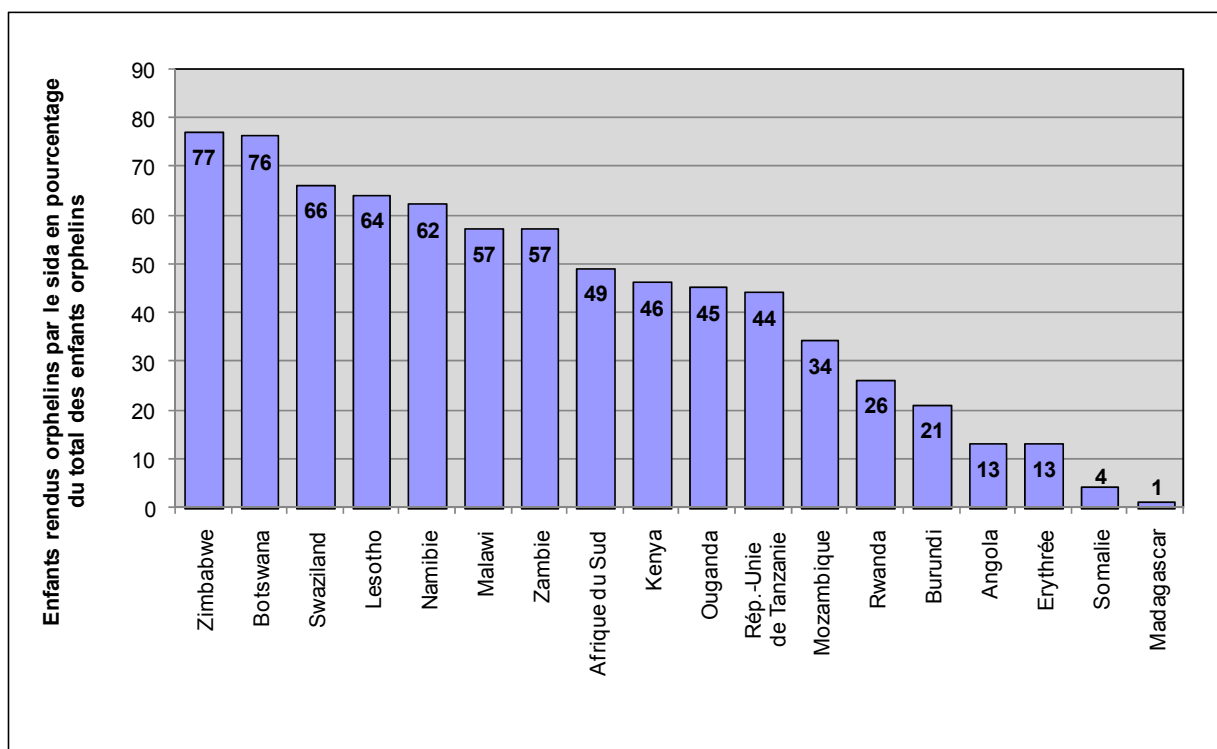
Graphique 2.4. Pourcentage d'enfants orphelins, 2005 et projections pour 2010



Source: UNICEF, 2006.

Il est urgent d'agir pour protéger les enfants que des problèmes liés au sida plongent dans le dénuement. Diverses interventions sont envisageables, par exemple l'adoption de mesures de «protection sociale adaptée aux enfants» pour réduire l'impact négatif de la pandémie du sida et, à court et moyen terme, améliorer les chances et perspectives offertes aux enfants affectés ou contaminés par le VIH/sida.

Graphique 2.5. Enfants rendus orphelins par le sida en pourcentage du total des enfants orphelins, 2005



Source: UNICEF, 2006.

2.5.5. L'impact de la malnutrition et autres carences subies pendant l'enfance

Le pourcentage de la population africaine sous-alimentée étant estimé à 26 pour cent (tableau SA2), la malnutrition a inévitablement de multiples conséquences. Une mauvaise nutrition dans la petite enfance favorise la survenue de problèmes à long terme en matière de santé et d'éducation, ce qui entraîne une productivité plus faible, la santé des travailleurs étant plus précaire et l'absentéisme au travail plus élevé (UNICEF, 2008; FAO, 2003). Les maladies imputables aux carences subies pendant l'enfance peuvent aussi peser durablement sur les systèmes sanitaire et éducatif d'un pays, mobilisant des ressources qui pourraient être affectées à d'autres priorités sociales.

Les études internationales démontrent que les familles pauvres affectent plus de la moitié du revenu supplémentaire perçu sous forme d'envois de fonds par les émigrés et de pensions et transferts publics à l'augmentation de la consommation alimentaire, ce qui plaide en faveur d'une sécurité économique garantie à la fois par des transferts privés et des transferts publics (l'Etat) (Pinstrup-Andersen et Padya-Lorch, 2001). Les progrès qui en résultent sur le plan de la santé et de la nutrition ont des effets positifs directs non seulement sur le bien-être, mais aussi sur la productivité de la population très pauvre. En réalité, l'augmentation des dépenses alimentaires des ménages entraîne une hausse de la croissance économique locale.

2.5.6. Pauvreté et carences éducatives

Comme les carences en matière de santé, l'impossibilité d'accéder à un enseignement de base et à l'alphabétisation est corrélée au développement humain. Si l'éducation et les revenus ont toujours été liés, la transformation des caractéristiques de la production et de la division internationale du travail a accru la valeur et le rôle de l'éducation au niveau

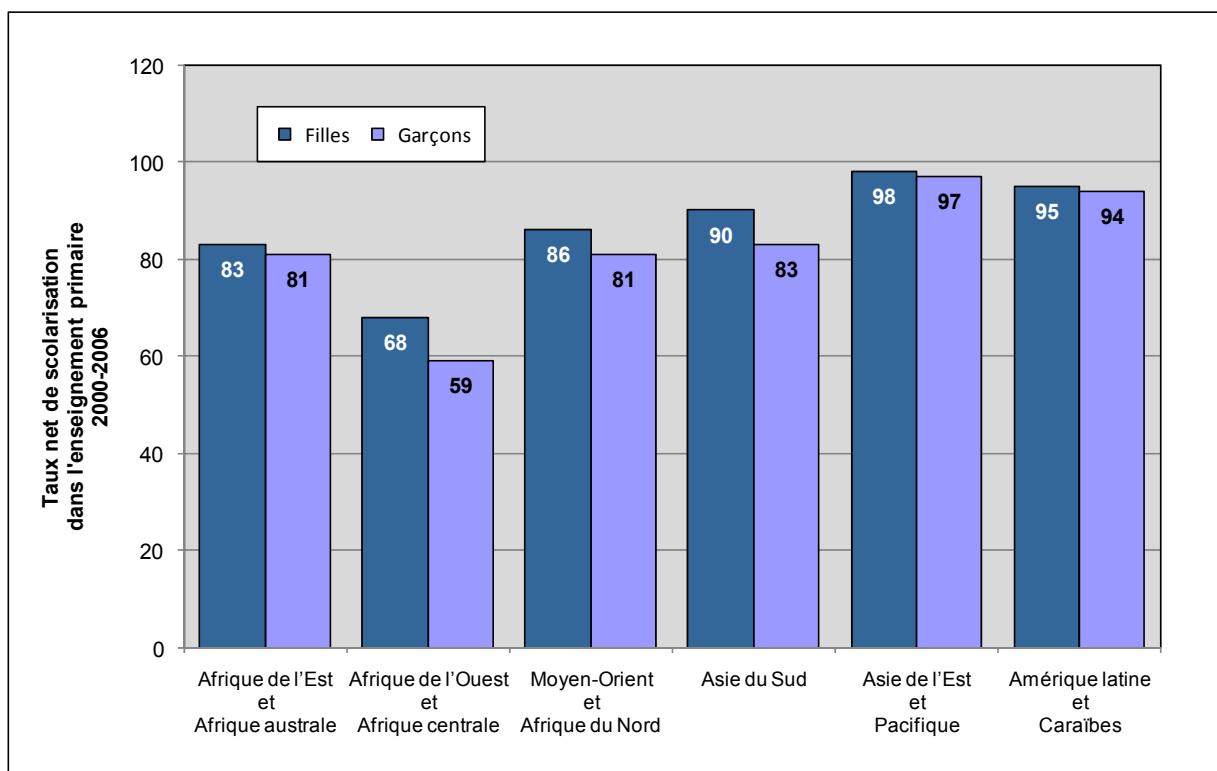
individuel et à celui de la société dans son ensemble. Les choix de vie et les possibilités qui s'offrent aux individus sont conditionnés par les capacités humaines (Sen, 1999). La capacité des individus, des familles et des sociétés à résister à l'instabilité politique et aux fluctuations économiques résulte de l'éducation de base et du bien-être.

En période de crise, cette capacité à résister dépend des actifs dont dispose une famille ou une nation – le capital humain et social et les actifs matériels. Or l'éducation constitue un actif individuel et social fondamental, de nature à amortir les conséquences négatives des mutations rapides et des crises sur les individus.

Ainsi, la crise financière asiatique de 1997-98 a frappé plus durement les individus sans instruction ni qualification parce qu'ils ont perdu leur emploi et ne disposaient pas d'actifs humains et sociaux suffisants pour en retrouver un. L'instruction élémentaire est donc aujourd'hui une condition essentielle pour bien s'intégrer aux marchés du travail concurrentiels nés de la mondialisation. Sur un autre plan, le niveau d'instruction des femmes est l'un des indicateurs les plus étroitement corrélés à la santé de la famille, et la santé des enfants fait partie des conditions indispensables à un apprentissage réussi. En outre, l'égalité homme-femme renforce les effets positifs de la santé et de l'instruction, tandis que les inégalités entre les sexes ont un effet négatif sur la santé comme sur l'instruction.

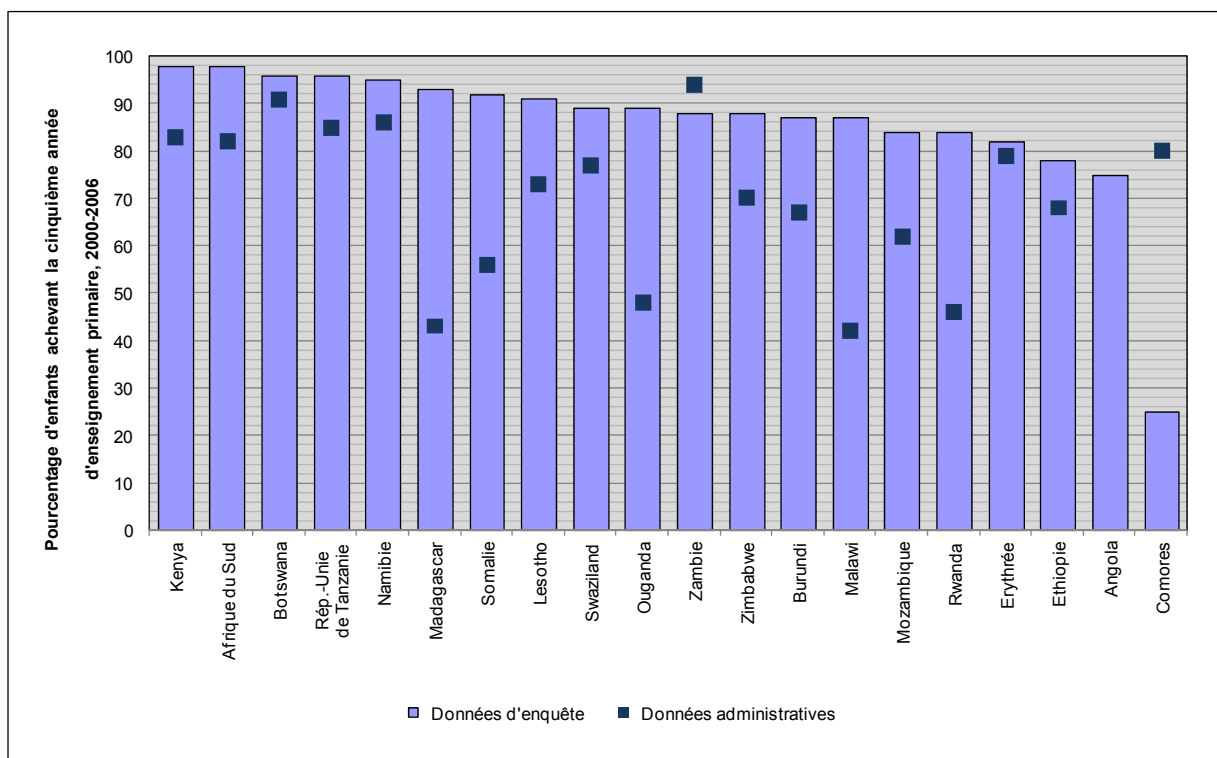
En Afrique, le taux d'alphabétisation des femmes âgées de 15 à 24 ans a été estimé à 69 pour cent (pour la période 2000-2004), tandis que le taux d'alphabétisation des hommes appartenant à la même classe d'âge a été estimé à 81 pour cent, ce qui témoigne d'une inégalité entre les filles et les garçons en matière d'accès à l'enseignement (voir tableau SA2). Comme le montre le graphique 2.6, les pays d'Afrique affichent un retard par rapport aux autres régions en termes de scolarisation dans l'enseignement primaire. En outre, malgré l'importance accordée à l'égalité des filles et à l'égalité homme-femme, toutes les régions d'Afrique continuent d'afficher un retard en matière de scolarisation féminine, ce qui est un phénomène plus inquiétant encore. Comme le souligne l'UNICEF (2008), la proportion d'enfants achevant la cinquième année de scolarité dans le primaire reste faible (graphique 2.7): bien que le nombre d'enfants scolarisés augmente, beaucoup d'entre eux intègrent l'école tardivement, redoublent ou cessent leur scolarité sans avoir suivi jusqu'à leur terme les cinq années d'enseignement primaire généralement considérées comme un minimum pour accéder à une alphabétisation durable et acquérir d'autres compétences.

Graphique 2.6. Taux de scolarisation dans l'enseignement primaire (taux net), par sexe et par région, 2000-2006 *



* Les données se rapportent à la dernière année pour laquelle des données étaient disponibles au cours de la période indiquée en tête de colonne. Source: UNICEF, 2008.

Graphique 2.7. Pourcentage d'inscrits à l'école primaire arrivant en cinquième année, par source de données, 2000-2006 *



* Les données se rapportent à la dernière année pour laquelle des données étaient disponibles au cours de la période indiquée en tête de colonne. Source: UNICEF, 2008.

2.5.7. Conséquences sociales et économiques de la faible scolarisation des filles

Les taux d'inscription à l'école et de fréquentation scolaire des filles sont faibles comparativement à ceux des garçons (graphique 2.6). De plus, un accès limité ou inexistant à des systèmes formels de santé publique, de santé génésique et de protection sociale vient compliquer la situation (Sachs, 2008, pp. 191-2). Les problèmes d'accès à la scolarité primaire et secondaire ainsi qu'à l'enseignement technique et professionnel continuent d'entraver le développement des enfants, en particulier des filles – et, par conséquent, de faire obstacle à la réduction de la pauvreté parmi les filles et les femmes.

Selon la Banque mondiale, chaque année de scolarisation supplémentaire entraîne une hausse de 10 à 20 pour cent du revenu des femmes, une augmentation de 10 pour cent de la productivité agricole, une chute de 10 pour cent de la mortalité infantile et un retour sur investissement de 25 pour cent sous forme de report des dépenses de santé (Summers, 1994). Promouvoir l'accès à la scolarité et le maintien des enfants à l'école, en particulier pour les filles, est une démarche positive pour le développement humain, la croissance économique et la productivité du travail. Permettre aux filles de fréquenter l'école est aussi indispensable pour qu'elles accèdent à l'autonomie sociale et contribue à faire reculer les inégalités entre les sexes.

2.6. Accès aux services

Les seules données disponibles sur la fourniture de services concernent l'accès à l'eau potable et à l'assainissement. Pour les autres services, par exemple l'accès aux infrastructures sociales – écoles, établissements de soins et services de protection sociale destinés à des publics spécifiques comme les enfants, les personnes handicapées et les jeunes –, il est difficile d'accéder aux données.

En moyenne, 62 pour cent de la population africaine ont accès à l'eau. Ce chiffre global masque toutefois d'énormes disparités entre les pays et au sein même des pays (voir tableau SA3). En Algérie, où les ressources en eau sont faibles, la couverture de l'approvisionnement en eau s'établit à 85 pour cent au total et à 88 pour cent en milieu urbain et 80 pour cent en milieu rural. En revanche, en République démocratique du Congo, elle n'est que de 22 pour cent au total et de 37 pour cent en milieu urbain et 12 pour cent en milieu rural; les chiffres ne sont guère meilleurs à Madagascar et en Somalie. En ce qui concerne l'assainissement, la situation de la région est très contrastée, la couverture étant limitée à 8 pour cent dans certains pays, comme le Rwanda, tandis qu'elle atteint 97 pour cent dans d'autres, comme la Jamahiriya arabe libyenne.

Dans l'ensemble de la région, les difficultés d'accès à l'eau et à l'assainissement sont corrélées à une forte prévalence de maladies graves dans les pays concernés. La situation étant particulièrement préoccupante dans les zones rurales, l'accès à l'eau et à l'assainissement et l'ouverture d'écoles et d'établissements médicaux dans les zones rurales et les zones d'habitat informel en milieu périurbain doivent constituer des priorités des stratégies de réduction de la pauvreté et des mesures prises pour remédier aux situations de vulnérabilité.

2.7. Problématiques liées au marché du travail: emploi, chômage et secteur informel

Bien que statistiquement l'Afrique affiche des taux d'activité élevés (voir tableaux SA4 a) et b)), dans beaucoup de pays du continent, une forte proportion des actifs (en particulier les femmes) exercent une activité non rémunérée en tant que travailleurs

familiaux collaborant à l'entreprise familiale ou travaillent à leur propre compte dans l'agriculture de subsistance traditionnelle (voir tableau SA4 c)). Il s'ensuit que la part de la population active exerçant une activité salariée à plein temps, habituellement fortement corrélée à la part de la population couverte par un régime de sécurité sociale contributif lié à l'emploi, est en réalité faible (voir tableau 2.2). Il s'agit là de l'une des raisons pour lesquelles la pauvreté monétaire touche plus de 40 pour cent de la population du continent. En Amérique latine et dans les Caraïbes par exemple, la proportion de travailleurs exerçant une activité salariée est de 62,7 pour cent, alors qu'elle n'est que de 22,9 pour cent en Afrique subsaharienne, ce qui est nettement inférieur à la moyenne mondiale de 46,9 pour cent. Dans beaucoup de pays d'Afrique, en particulier dans les zones rurales, le taux de chômage statistique est faible parce que, pour survivre, la population exerce n'importe quelle activité économique susceptible de lui procurer une certaine quantité de nourriture ou d'autres produits de première nécessité, même si cette activité est non rémunérée ou s'il s'agit d'une forme d'emploi particulièrement précaire.

Tableau 2.2. Salariés (travailleurs percevant un salaire ou traitement) sur le marché du travail à l'échelle mondiale, 2008 (pourcentages)

	Total		Hommes		Femmes	
	Salariés = 100	Population d'âge actif totale = 100	Salariés = 100	Population d'âge actif totale = 100	Salariés = 100	Population d'âge actif totale = 100
Asie du Sud	20,8	9,7	23,4	15,6	14,6	3,5
Afrique subsaharienne	22,9	13,8	29,2	20,5	14,4	7,4
Asie du Sud-Est et Pacifique	38,8	21,9	41,5	28,6	35,0	15,1
Asie de l'Est	42,6	23,3	46,0	28,9	38,3	17,6
Afrique du Nord	58,3	24,4	58,8	38,5	56,7	10,5
Moyen-Orient	61,5	29,0	64,4	41,6	53,5	15,0
Amérique latine et Caraïbes	62,7	38,6	60,6	46,1	65,8	31,8
Europe centrale et du Sud-Est (hors UE) et CEI	76,6	41,5	75,4	48,0	78,0	35,7
Economies développées	84,3	46,6	81,7	51,8	87,5	41,6
Monde	46,9	26,5	47,4	33,0	46,0	20,1

Note: Les enquêtes de main-d'œuvre distinguent les travailleurs salariés (employés en contrepartie d'un salaire ou d'un traitement) et ceux qui ne le sont pas et sont par conséquent soit des travailleurs indépendants (employeurs et travailleurs à leur compte), soit des travailleurs familiaux non rémunérés qui collaborent à l'entreprise familiale. Le tableau présente le pourcentage des travailleurs parmi: 1) l'ensemble des salariés; 2) l'ensemble de la population en âge de travailler, âgée de 15 à 64 ans.

Source: Calculs effectués par le BIT, d'après BIT, 2008c: *Les indicateurs clés du marché du travail* (ICMT), 5^e édition, <http://www.ilo.org/empelm/lang-fr/index.html> (en utilisant des estimations de 2006 pour l'indicateur 3 – situation dans la profession – et l'indicateur 2 – rapport emploi-population). La classification des pays est également celle des ICMT.

Les taux d'activité élevés et les taux de chômage faibles qui apparaissent dans les tableaux statistiques montrent que beaucoup d'actifs travaillent dans l'agriculture de survie ou exercent, pour leur propre compte, un autre type d'activité de survie. Ces travailleurs et leurs familles sont totalement dépourvus de couverture sociale et constituent la majorité des personnes en situation de pauvreté monétaire.

Les inégalités homme-femme continuent de contribuer de façon non négligeable à la pauvreté des femmes. La proportion de femmes de plus de 15 ans économiquement actives a été estimée à 53 pour cent pour la période 1995-2002, contre 80 pour cent pour les hommes de plus de 15 ans au cours de la même période. En Afrique subsaharienne, où la pauvreté est élevée dans les zones rurales, 31 pour cent des ménages vivant en milieu rural

ont une femme pour chef de famille, ce qui renforce à la fois la dimension sexospécifique et la dimension géographique de la pauvreté.

Dans l'édition 2004-05 de son *Rapport sur l'emploi dans le monde*, le BIT souligne que les régions qui sont parvenues à accroître la productivité à plus long terme et à créer des débouchés professionnels pour leur population active en expansion sont en meilleure position pour faire reculer la pauvreté au travail et la pauvreté en général. Elles ont davantage de chances d'atteindre la cible du premier OMD, qui est de réduire de moitié, à l'horizon 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1 dollar par jour.

Les envois de fonds par les travailleurs émigrés jouent un rôle important dans les économies africaines (voir tableau SA4 d)). D'après les estimations, ils ont représenté au total près de 22 milliards de dollars E.-U. en 2005. Selon toute vraisemblance, la crise financière mondiale actuelle aura une incidence sur ces envois de fonds: comme elle va toucher les travailleurs à travers le chômage et la réduction des dépenses publiques, il faut s'attendre à ce qu'elle entraîne une hausse des niveaux de pauvreté monétaire déjà élevés. En l'absence de sources de revenu prévisibles pour amortir les effets de la crise, la pauvreté, la malnutrition et les carences vont probablement plonger des millions d'habitants de la région dans un grand dénuement.

Dans la plupart des pays, le chômage déclaré est considéré comme un phénomène typiquement urbain, qui touche essentiellement certaines catégories de la population, comme les jeunes quittant le système scolaire. Au moment même où de nombreux jeunes arrivent sur le marché du travail, les économies connaissent une croissance lente lorsqu'elles ne voient pas leur activité se contracter. En outre, lorsque des emplois sont créés, ils nécessitent des compétences et une expérience difficiles à trouver sur le marché du travail africain (Taylor, 2008).

La situation de l'emploi de la région est en outre aggravée, davantage encore que par le passé, par les réductions d'effectifs réalisées dans le secteur public dans le cadre de mesures de stabilisation économique et de restructuration à long terme (ou programmes d'ajustement structurel économique). Il s'ensuit que la grande majorité des travailleurs de la région est contrainte de se tourner vers les nombreuses activités qui constituent l'économie informelle pour assurer sa subsistance. Les inégalités salariales et, plus généralement, les inégalités de revenus entre les secteurs formel et informel, qui étaient déjà considérables, se sont creusées de façon spectaculaire. Ces inégalités de revenus sont également le résultat d'inégalités en matière de propriété foncière, de patrimoine et d'accès à l'éducation et aux soins de santé (Taylor, 2008).

Dans les sous-régions d'Afrique où seul un faible pourcentage de la population âgée a accès à une forme quelconque de pension, les taux d'activité des personnes âgées par rapport à ceux de la population plus jeune sont beaucoup plus élevés que dans le reste du monde (voir tableau 2.3). A noter que, même si peu d'individus survivent jusqu'à un âge avancé en Afrique et si les personnes âgées ne constituent par conséquent qu'une petite part de la population dans beaucoup de pays africains, l'espérance de vie moyenne des individus qui atteignent 65 ans ne compte que quelques années de moins que dans le reste du monde: les personnes qui atteignent 65 ans ont encore une espérance de vie comprise entre 11 et 14 ans. Ces personnes ont donc besoin autant – voire plus – que les habitants d'économies plus avancées d'une source de revenu constituée d'une pension. Alors que beaucoup d'entre elles sont dans l'incapacité d'obtenir et d'exercer un travail décent, elles sont de plus en plus nombreuses à ne plus pouvoir compter sur l'aide de la famille élargie, en particulier dans les pays frappés par le VIH/sida. Il existe donc un grand besoin de transferts publics sous forme de pensions pour cette catégorie de la population même si, à première vue, les pensions ne semblent pas constituer une priorité, compte tenu de la pyramide des âges de l'Afrique.

Tableau 2.3. Taux d'activité des personnes âgées (65 ans et plus) et espérance de vie à 65 ans, 1980 et 2005

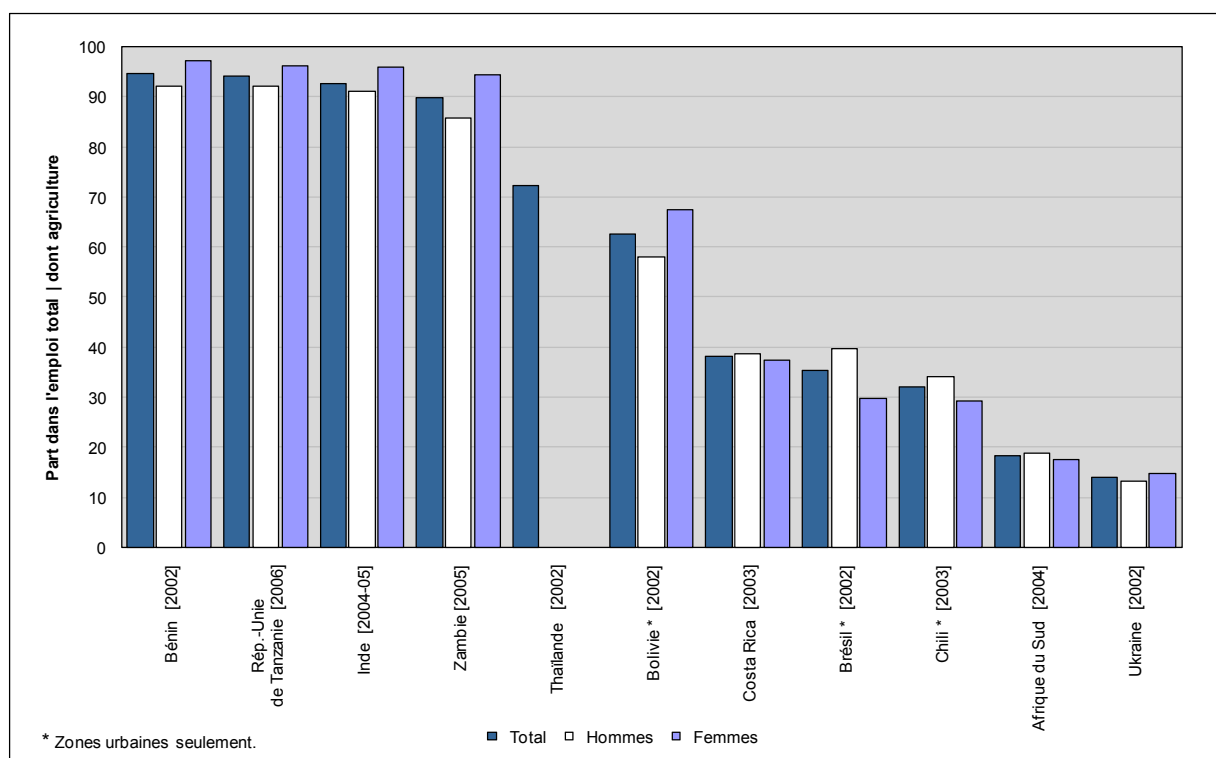
Régions	Taux d'activité des personnes de 65 ans et plus en pourcentage du taux d'activité des personnes de 15 ans et plus				Espérance de vie à 65 ans	
	Hommes		Femmes		2000-2005	
	1980	2005	1980	2005	Hommes	Femmes
Afrique centrale	84,4	85,0	55,1	56,5	10,96	12,38
Afrique de l'Ouest	81,4	82,3	58,7	56,3	11,36	12,50
Afrique de l'Est	82,7	81,5	62,5	59,1	11,31	13,00
Afrique du Nord	59,9	42,9	61,5	22,3	12,81	14,58
Régions moins développées	54,2	48,5	24,9	27,8	13,80	15,64
Monde	40,6	38,2	18,4	21,5	14,39	16,95

Sources: 1) Taux d'activité: calculs effectués par le BIT à l'aide de sa base de données *Estimations et projections de la population active*, version 5: 1980-2020 (BIT, 2009e), consultable à l'adresse <http://laborsta.ilo.org/>; 2) espérance de vie: Nations Unies, 2007. Les groupes de pays sont ceux de *World Population Prospects* des Nations Unies (voir <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=5>).

2.7.1. L'économie informelle

Dans certains pays d'Afrique (comme le Bénin, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie), le travail dans l'économie informelle représente près de 90 pour cent de l'emploi total (graphique 2.8). De plus, comme le montre également le graphique, dans ces pays, la part de l'emploi dans l'économie informelle est plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes. Or, en général, les travailleurs de l'économie informelle n'ont pas accès à la sécurité sociale liée à l'emploi et sont dans une situation particulièrement précaire en période de crise.

Graphique 2.8. Part de l'emploi dans l'économie informelle en pourcentage de l'emploi total (y compris dans l'agriculture), diverses années



Sources: Base de données du Bureau de statistique du BIT: *Emploi dans le secteur informel*; les chiffres sur l'Inde sont extraits de Kannan, 2006, et ceux sur la République-Unie de Tanzanie et la Zambie de BIT, 2008e, 2008f.

A mesure que les marchés du travail évoluent et que les marchés mondiaux se développent, les travailleurs, les familles et les communautés sont de plus en plus exposés aux risques. Désormais, être un travailleur fiable et courageux ne suffit plus; du fait de la mondialisation financière et économique, la moindre perturbation de l'économie nationale ou régionale a des effets dévastateurs sur des sociétés entières. Compte tenu que le travail informel, le travail occasionnel et le travail des femmes occupent une place croissante sur les marchés du travail, l'accent n'est plus mis sur la promotion du plein emploi mais sur la nécessité de garantir un travail décent. Le BIT, mais aussi d'autres organisations, accordent de plus en plus d'importance à cette nécessité. L'édition 2004-05 du *Rapport sur l'emploi dans le monde* (p. 24), qui définit le travail décent comme «un travail qui non seulement procure un revenu suffisant mais qui s'accompagne aussi d'une protection sociale, de bonnes conditions de travail et de la possibilité pour les travailleurs d'exprimer leur point de vue», souligne que des millions de travailleurs sont dans l'incapacité de sortir de la pauvreté et d'en faire sortir leurs familles.

Les tendances récentes montrent des changements observables empiriquement du lien entre les caractéristiques de l'emploi mondial et la pauvreté et le travail salarié. Ainsi, selon le *Rapport sur l'emploi dans le monde*, 49,7 pour cent des travailleurs de la planète ne gagnent pas assez pour dépasser le seuil de pauvreté de 2 dollars par jour, et 19,7 pour cent vivent actuellement avec moins de 1 dollar par jour. Comme on pouvait s'y attendre, le nombre de travailleurs pauvres a augmenté dans les pays à faible revenu, l'Afrique subsaharienne affichant la proportion la plus élevée, estimée à 55,8 pour cent, suivie par l'Asie du Sud, où cette proportion était de 38,1 pour cent en 2003.

Selon le rapport *Tendances mondiales de l'emploi des femmes* du BIT (BIT, 2008d, p. 1), les femmes sont certes 18,4 pour cent plus nombreuses à travailler qu'il y a dix ans, mais le taux de chômage féminin a lui aussi progressé pour atteindre 6,4 pour cent, contre 5,7 pour cent pour le taux de chômage masculin. Le manque d'emplois décents contraint la

population pauvre à occuper des emplois précaires et à haut risque. On dispose d'éléments qui montrent qu'au moins cinq individus sur dix ont un emploi précaire, c'est-à-dire un emploi qui ne leur donne pas accès à une protection comme la protection sociale et d'autres droits élémentaires comme celui d'être représentés et d'exprimer leur point de vue. L'insécurité économique a de multiples conséquences, entraînant souvent des sentiments d'oppression et d'anomie, un mauvais état de santé, une perte de motivation, une perte de dignité, une rupture de la solidarité sociale aux niveaux, entre autres, de la famille et de la communauté ainsi qu'un sentiment d'impuissance.

2.7.2. La pauvreté rurale

Selon les estimations, au moins 75 pour cent de la population pauvre vivent en milieu rural et le secteur agricole emploie 40 pour cent de la main-d'œuvre dans les pays en développement. En Afrique subsaharienne, l'agriculture représente l'essentiel de l'activité économique. En Afrique de l'Est et en Afrique australe, la pauvreté rurale ne représente pas moins de 90 pour cent de la pauvreté totale. Les tendances générales montrent qu'environ 80 pour cent de la population pauvre continuent de dépendre de l'agriculture pour subvenir à leurs besoins (FAO/FIDA, 2008). Des pays comme la Chine et l'Inde ont réussi à faire reculer la pauvreté rurale en augmentant la production agricole et en investissant dans les agro-industries. On estime que les réformes agraires et foncières et la promotion de l'agriculture familiale de subsistance ont permis une baisse de la pauvreté de 10 pour cent dans certains Etats indiens entre 1958 et 1992. Les investissements dans les infrastructures de base, par exemple dans les domaines du transport et des routes, de l'eau, de l'électricité, de la santé, de l'éducation et des infrastructures sociales, contribuent aussi à faire reculer la pauvreté rurale.

Etant donné l'ampleur et la profondeur de la pauvreté, la faiblesse des taux de croissance, la dépendance vis-à-vis de l'agriculture et la rareté des autres possibilités d'emploi, le manque d'infrastructures de base et le nonaccès à l'éducation, l'importance des programmes de protection sociale¹ est de plus en plus reconnue. L'Union africaine se mobilise pour promouvoir les Déclarations de Ouagadougou et de Livingstone, qui ont vocation à encourager la mise en place de dispositifs de protection sociale de base dans les pays africains.

2.7.3. La famine, la faim et les crises alimentaires récurrentes

En plus de l'insécurité économique imputable à des crises structurelles, une crise alimentaire d'une gravité sans précédent sévit dans la région. Certains pays sont passés du statut d'exportateurs de denrées agricoles à celui d'importateurs, ce qui a contribué à la pénurie de produits alimentaires. Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), au début du XXI^e siècle, quelque 16,7 millions d'individus avaient besoin d'une aide alimentaire d'urgence. Ainsi, en 2002, le Lesotho, le Malawi, la Zambie et le Zimbabwe ont déclaré l'état de catastrophe nationale en raison de

¹ Ici, la protection sociale inclut les transferts directs aux pauvres en espèces ou en nature (alimentation et engrais, par exemple), avec ou sans contrepartie de travail. Ces transferts ne constituent qu'un aspect de la protection sociale. Au nombre des autres aspects figurent les programmes de travaux publics, les bons de réduction pour la distribution de nourriture et les programmes d'alimentation et – moins souvent dans les pays très pauvres – les mesures de protection sociale stricto sensu comme les pensions et autres prestations en espèces. Dans une certaine mesure, les systèmes de crédit et les programmes générateurs de revenus, conçus comme s'inscrivant dans le cadre de programmes de développement plus larges, peuvent aussi avoir des fonctions de protection sociale.

l'ampleur de la famine qui les frappait. La région du Darfour, le Mozambique et le Swaziland et beaucoup de pays d'Afrique de l'Est et de l'Ouest sont aussi dans une situation difficile (FAO, 2002).

Les crises alimentaires ne sont pas un phénomène récent dans la région. Elles sont notamment favorisées par des facteurs environnementaux comme les catastrophes naturelles et le mauvais usage des terres, la mise en œuvre de politiques publiques nationales et internationales inadaptées qui ont une incidence sur la production agricole et par des revenus insuffisants pour acheter des semences ou pour cultiver ou acheter des denrées alimentaires (Taylor, 2004). Ces tendances peuvent être inversées à l'aide de mesures de protection sociale appropriées. Ainsi, l'augmentation de l'offre de denrées alimentaires a permis de faire diminuer la malnutrition parmi les enfants de 26 pour cent dans les pays en développement entre 1970 et 1995 (Smith et Haddad, 2000a). De même, l'augmentation de l'offre de denrées alimentaires associée à la progression du niveau d'instruction des femmes a induit une diminution proche de 70 pour cent de la malnutrition parmi les enfants (Smith et Haddad, 2000b).

2.8. Conséquences sociales des crises financières et économiques récentes

S'ajoutant à la pauvreté chronique, la situation actuelle vient rappeler que l'économie mondiale peut connaître des retournements et des chocs financiers brutaux. Les pertes de salaire et la hausse du chômage imputables à ces crises appauvrissent les familles et les communautés et réduisent la capacité des individus à acheter les biens et services essentiels indispensables à leur survie. Les crises financières mondiales ont aussi pour effet d'entraîner une dégradation des finances publiques au moment même où le besoin de mesures de protection est le plus criant.

La crise financière mondiale actuelle, déclenchée par l'effondrement du marché du crédit immobilier aux Etats-Unis, a des conséquences multiples et graves pour l'Afrique. Les hypothèses initiales, qui prévoyaient que l'Afrique serait peu touchée par la crise parce qu'elle n'entretient que des liens marginaux avec les marchés mondiaux, sont invalidées.

Elle est différente de la crise est-asiatique de 1997-98, lors de laquelle des pays qui avaient «fait tout ce qu'il fallait» ont vu leur sécurité économique disparaître brusquement. Dans le système actuel, mondialisé et fondé sur l'interconnexion, les crises financières et économiques se déclenchent apparemment plus rapidement, sont plus graves et encore moins prévisibles et viennent par vagues. L'instabilité financière internationale a des effets destructeurs: les crises financières et économiques entraînent des crises sociales.

Les difficultés macroéconomiques – qu'elles soient imputables à des crises, à des politiques d'ajustement ou à des ralentissements – constituent toujours une menace pour la vie des individus. Ainsi, en période de forte inflation ou d'hyperinflation ou encore lors de crises financières ou économiques, les moyens de subsistance des individus, quelle que soit leur classe sociale, peuvent être subitement menacés. Bon nombre de ceux qui avaient un emploi et des moyens de subsistance stables les perdent brutalement. Même ceux qui exercent la profession d'enseignant ou d'infirmier par exemple ou encore les artisans sont susceptibles de perdre leur emploi et leur logement et de sombrer dans la pauvreté.

Si les chocs macroéconomiques n'ont rien d'une nouveauté, leur capacité à déstabiliser immédiatement et totalement une économie est un produit de l'ère de la mondialisation. Ces chocs ont des effets particulièrement négatifs, comme en témoigne l'exemple de l'Amérique latine et de l'Asie du Sud-Est dans les années quatre-vingt-dix et celui des Etats-Unis et de l'Europe aujourd'hui. Dans les pays touchés par la crise, ce sont les pauvres qui sont le plus durement frappés par les retournements de conjoncture

soudains et sévères². D'autres risquent de perdre les économies accumulées durant toute leur existence. Ceux qui étaient auparavant dans une situation favorable risquent de basculer dans la pauvreté – et de rester pauvres pendant des années. Les crises économiques peuvent aussi accroître l'instabilité politique, entraînant violences et troubles sociaux, et aggraver d'autres problèmes. Les nouvelles formes d'exclusion sociale donnent naissance à de nouvelles formes de pauvreté. Les prix alimentaires, déjà élevés pour les pauvres, s'envolent, tout comme le prix du transport et des soins de santé, tandis que les chances d'obtenir un emploi salarié s'évanouissent. Bon nombre de ceux qui étaient mal intégrés à la société, exerçant un travail occasionnel ou informel dans le cadre duquel ils étaient exploités, sont victimes de nouvelles formes d'exclusion sociale.

En l'absence de stratégies destinées à promouvoir le travail décent et à faire reculer la pauvreté, des systèmes de production différents coexistent, créant de nouvelles formes de vulnérabilité et de nouveaux risques en plus de ceux qui existent déjà. La traite des femmes et des enfants, le commerce illicite de ressources culturelles, le travail dangereux dans le secteur informel et autres activités illicites compromettent le bien-être des individus et excluent certaines catégories de la population des formes acceptées de participation sociale. L'exclusion liée au travail et les relations d'exploitation rejoignent d'autres systèmes d'inégalité et de domination, fondés par exemple sur le sexe, la race et le capitalisme mondial, et sont favorisées par ces systèmes.

S'ajoutant à la hausse du chômage et à l'absence de revenus salariés, l'envolée rapide des prix alimentaires entraîne une baisse radicale du pouvoir d'achat des ménages pauvres, ce qui a de nombreux effets négatifs sur la santé et le bien-être. Le Fonds international de développement agricole (FIDA) et la FAO estiment qu'environ 105 millions d'individus vivant dans les pays à faible revenu ont basculé dans la pauvreté. En outre, il faut s'attendre à ce que les multiples conséquences de la crise financière viennent aggraver les effets de la crise alimentaire pour les populations pauvres. Dans une région où quelque 500 millions d'individus disposent de moins de 1 dollar par jour, les hausses de prix alimentaires et la malnutrition et la famine qui en résultent annulent les progrès accomplis en matière de recul de la pauvreté.

Les données disponibles montrent que les effets de la crise sur les échanges commerciaux, l'investissement, le crédit, la croissance et le développement se feront aussi sentir en Afrique. Selon les projections, la croissance économique de la région devrait chuter de 2 à 4 pour cent, ce qui aura de nombreux effets négatifs, exposés dans les courts paragraphes qui suivent.

2.8.1. Fluctuations des fonds de pension et de retraite

Au nombre des effets financiers figure l'accroissement de la volatilité des marchés boursiers, qui entraîne des pertes sur les places financières africaines et a des conséquences négatives pour le secteur des fonds de pension et de retraite. Les travailleurs de l'économie formelle vont vraisemblablement subir un contrecoup à court ou moyen terme. Les régimes d'assurance-chômage contributifs, les fonds de prévoyance et les organismes qui couvrent des risques comme l'invalidité ou la maladie seront probablement les plus durement touchés. En cas de licenciement, les travailleurs peu rémunérés et les travailleurs pauvres risquent de se retrouver dans une situation de dénuement, parce qu'ils ne percevront (dans

² Ravaillon et Jalan (1997) ont constaté qu'en Inde, pour les 10 pour cent les plus pauvres de la population, 40 pour cent d'un choc macroéconomique étaient transmis à la consommation courante. Dans le tiers le plus riche de la population, la consommation courante ne diminue que de 10 pour cent. Compte tenu des points de référence retenus pour les riches et pour les pauvres, il est évident que les pauvres sont beaucoup plus durement touchés par la crise que les riches.

le meilleur des cas) que des prestations contributives très faibles – prestations assises sur les cotisations salariales et patronales – pour compenser la perte de leur salaire.

2.8.2. Diminution des envois de fonds

L'augmentation des licenciements et du chômage parmi les travailleurs africains qui ont émigré aux Etats-Unis, en Europe et dans d'autres régions du monde a déjà commencé à provoquer une diminution des envois de fonds de l'étranger. Cette baisse a entraîné de graves difficultés sociales pour les travailleurs concernés ainsi que pour les familles qui dépendent des fonds qu'ils envoient. Outre la diminution des flux d'envois de fonds, les pertes d'emplois et de salaires en Afrique vont conduire la population à sombrer dans une pauvreté encore plus profonde. De ce fait, on estime que le nombre de pauvres devrait augmenter de 46 millions en 2009.

2.8.3. Effets sexospécifiques

La population pauvre est celle qui ressent le plus durement les effets d'une crise financière; les femmes et les enfants constituant la majorité de cette population, bon nombre de ces effets ne sont pas neutres du point de vue du sexe. Les femmes et les hommes ne sont pas touchés de la même façon. Les femmes assument une part disproportionnée du travail de prise en charge sociale, si bien qu'elles sont les plus durement touchées par les crises financières (comme par le changement climatique, les catastrophes et les conflits) et n'ont souvent pas d'autres possibilités de se procurer des ressources ou des moyens d'existence pour atténuer les durs effets de ces crises.

2.8.4. Effets de la crise sur les finances publiques et l'aide au développement

Dans certains pays, les recettes publiques diminuent déjà, ce qui pourrait se solder par une réduction des dépenses sociales. Tous les services financés par l'Etat dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'aide sociale, des infrastructures et des services essentiels risquent d'être touchés. La diminution de l'aide internationale au développement (multilatérale comme bilatérale) pourrait aussi avoir un fort impact sur les économies d'Afrique dépendantes de l'aide au développement. Les pays de l'OCDE continuant de subir les effets de la crise, il est possible que les montants de l'aide deviennent difficiles à prévoir.

2.8.5. Le rôle de la sécurité sociale en période de crise: enseignements tirés

L'expérience de la crise financière qu'a connue l'Asie du Sud-Est montre que c'est précisément en période de crise que les pays dotés de systèmes de sécurité sociale performants sont en mesure d'amortir les effets les plus durs de la crise sur la population. En outre, dans les pays où la sécurité sociale a été renforcée et étendue pendant la crise, la reprise économique a été plus progressive et plus durable. Le BIT (2010a) constate que, lors des crises économiques nationales et mondiales, les systèmes de sécurité sociale agissent à la fois comme des stabilisateurs sociaux et comme des stabilisateurs économiques. Les prestations sociales versées aux chômeurs et autres bénéficiaires en situation précaire peuvent éviter aux individus et à leurs familles de sombrer dans une pauvreté plus profonde. Elles atténuent également la baisse de la demande totale, limitant ainsi la profondeur potentielle de la récession et ouvrant la voie à la reprise.

Il peut sembler particulièrement difficile d'instaurer un socle de protection sociale en période de crise économique et sociale aiguë, caractérisée par des situations de pauvreté chronique, de conflit intérieur ou de retournement brutal de conjoncture. Toutefois, de nombreuses données montrent que, même avec un revenu faible et des ressources limitées, un gouvernement qui garantit un niveau social minimum de dépenses primaires – dont des services sociaux comme l'accès à l'eau, à l'assainissement, à l'éducation et aux soins de santé ainsi que des transferts sociaux en espèces ou en nature – peut obtenir des résultats remarquables en termes d'amélioration des capacités humaines et du développement humain (Sen, 1999).

2.9. Quelques conclusions

L'examen du contexte social et économique de l'Afrique démontre qu'il existe un besoin urgent de mesures de protection sociale cohérentes et ambitieuses soutenues par des actions au niveau du continent africain et à l'échelon international. L'extension de la protection sociale faisant l'objet d'un consensus au sein de la société et d'une volonté politique, les stratégies envisageables peuvent être organisées selon trois grandes catégories de mesures, qui jouent un rôle fondamental dans la réalisation du bien-être humain. Ces mesures visent à garantir une sécurité économique à travers une aide au revenu, un accès à une éducation de base et un accès aux soins de santé primaires. Le niveau et la nature des services compris dans ces catégories peuvent toutefois varier considérablement selon le stade de développement d'une société et les ressources dont elle dispose.

Il importe de souligner qu'en Afrique les stratégies de protection sociale ont pour effet non seulement de faire reculer la pauvreté, mais aussi d'accélérer la croissance. En matière d'extension de la protection sociale, l'essentiel est de comprendre comment la sécurité économique contribue à protéger et à promouvoir les droits des populations. La sécurité économique influe sur la vie des individus de différentes façons. A travers des moyens d'existence ou un travail rémunéré décent, les individus acquièrent la possibilité d'améliorer leur vie sur le plan matériel, ce qui contribue à la dignité humaine, à l'indépendance et au bien-être psychosocial et physique des individus comme de la collectivité. Un revenu suffisant et stable et l'accès à des biens essentiels sont indispensables pour qu'un ménage puisse bénéficier de capacités sociales telles que les soins de santé, la nutrition et l'éducation. Lorsque les services publics sont limités ou inexistant, la population est contrainte de payer pour accéder à ces services essentiels; si elle n'est pas en mesure de le faire, elle renonce à en bénéficier. Les investissements dans ces capacités sociales contribuent eux-mêmes à promouvoir la sécurité économique et la sécurité des moyens d'existence, donnant naissance à un cercle vertueux.

3. La protection sociale de la santé en Afrique

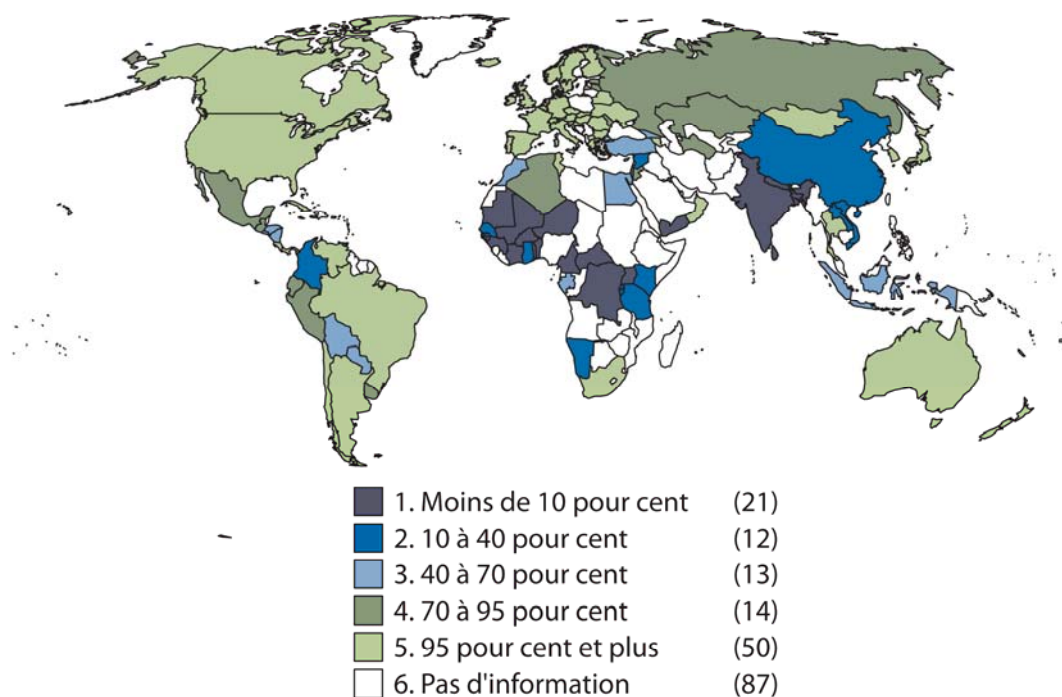
La protection sociale de la santé dans le cadre de la sécurité sociale est définie comme un ensemble de mesures publiques ou organisées par les pouvoirs publics et de mesures privées à caractère obligatoire contre la misère sociale et les pertes économiques provoquées par un problème de santé ou le coût des soins nécessaires. Son objectif est donc de garantir que les individus aient les moyens financiers de recevoir des soins et aient accès à des soins de santé de qualité.

En Afrique, la protection sociale de la santé est rudimentaire. La majorité de la population pauvre du continent n'a pas accès à des soins abordables et de qualité (graphique 3.1). Le BIT (2010a) estime qu'en Afrique la couverture de santé formelle par des régimes contributifs est inférieure à 1 pour cent de la population totale. Si ce chiffre n'est pas surprenant compte tenu du contexte social et économique, il n'en signifie pas moins que, dans une région qui est la plus durement touchée par le VIH/sida et autres maladies infectieuses, c'est la survie même des personnes souffrant de carences multiples qui est en jeu. Les populations qui vivent en milieu rural et dans des zones d'habitat informel sont particulièrement vulnérables et sont celles qui rencontrent le plus de difficultés pour accéder aux soins de santé.

L'Afrique est la région du monde où les dépenses de sécurité sociale consacrées à la santé sont les plus faibles tandis que les dépenses privées sont proportionnellement très élevées (voir graphique 3.2). Le nonaccès à des services de santé élémentaires a des conséquences sur la vie des millions d'individus les plus pauvres, en particulier des enfants, des femmes, des personnes âgées et des personnes handicapées et des populations vivant dans des zones qui ont connu des conflits. L'accès aux services de santé maternelle, aux services de santé prénatale et postnatale et aux soins primaires en général est très limité dans la plupart des pays africains. Le niveau élevé des taux de mortalité maternelle et infantile et de la malnutrition et autres carences liées à la santé témoigne de l'existence d'un problème grave en matière de protection sociale de la santé. En 1997, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a examiné la répartition des services de santé dans les pays en développement et a constaté que 27 pour cent de la population n'ayant pas accès aux soins vivaient en Afrique subsaharienne (BIT, 2008g, p. 24). A l'époque, ce pourcentage était le plus mauvais après celui observé pour l'Asie du Sud et était corrélé à des niveaux élevés de pauvreté monétaire et de carences en matière d'éducation dans les deux régions. La situation de l'Afrique s'est détériorée en raison de la résurgence de maladies anciennes (comme le paludisme et la tuberculose) et de la pandémie de VIH/sida.

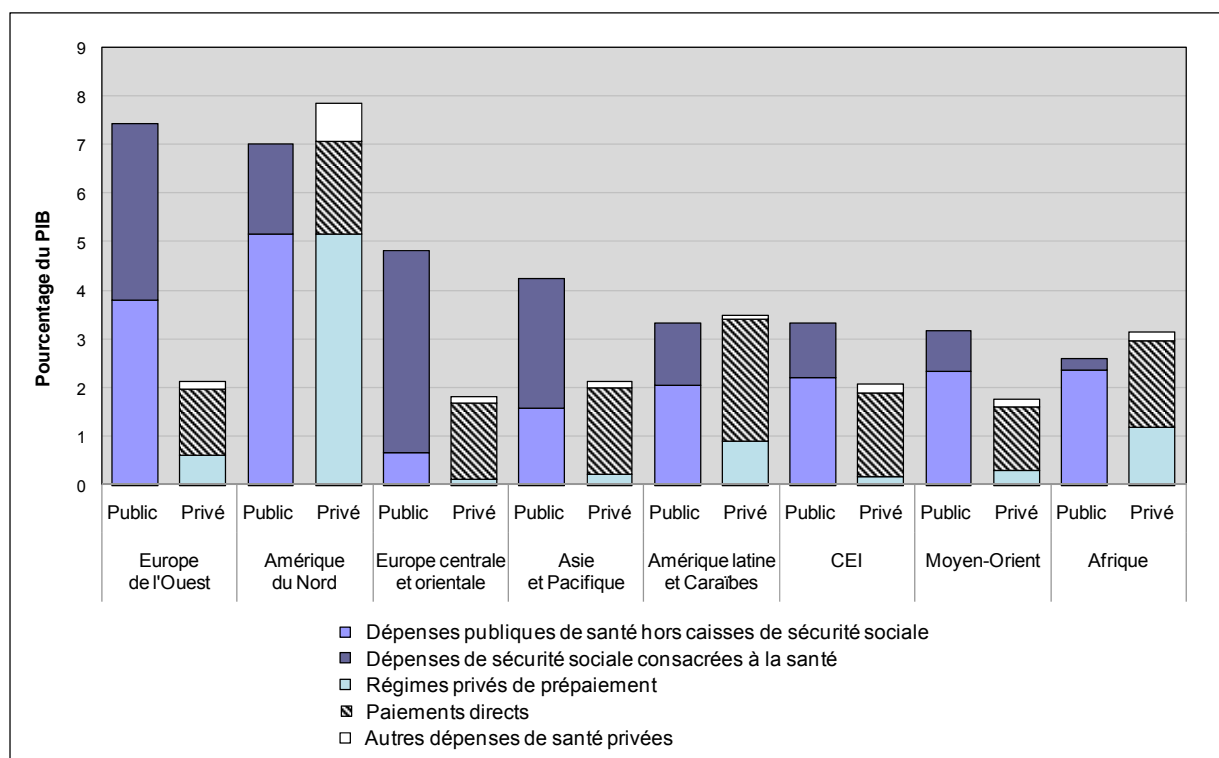
Les travailleurs de l'économie informelle, les individus qui travaillent dans de petites fermes ou dans des régions rurales et ne sont pas couverts par des régimes d'assurance-maladie formels se tournent vers l'entraide mutuelle et les systèmes de microassurance pour pourvoir à leurs besoins en matière de santé. Ces systèmes à base communautaire, qui s'apparentent à des institutions de microassurance informelles, constituent une planche de salut pour la population. Les mutuelles de santé ou les organisations de santé à base communautaire permettent de mutualiser les risques sur une base communautaire ou professionnelle afin d'éviter les conséquences des dépenses de santé catastrophiques. Toutefois, les individus les plus pauvres ne peuvent généralement pas se permettre d'adhérer à ces systèmes.

Graphique 3.1. Protection de la santé: proportion de la population couverte par des régimes prévus par la loi, dernière année disponible (pourcentages)



Lien: <http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?ressourcelid=15109>.
 Source: Législation nationale, dates diverses. Voir BIT, GESS (BIT, 2009f).

Graphique 3.2. Montant du financement des soins de santé et source des fonds, 2006 (pourcentage du PIB)



Lien: <http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?ressourcelid=15210>.
 Source: Calculs effectués par le BIT à l'aide de WHOSIS (OMS, 2009), données 2006. Voir aussi BIT, GESS (BIT, 2009d).

3.1. Contexte

La crise économique mondiale a frappé les économies africaines de plein fouet et les estimations de croissance ont été sensiblement révisées, en particulier pour les pays d'Afrique subsaharienne. Selon toute vraisemblance, ces baisses de la croissance se traduiront par une hausse du chômage et de la pauvreté et par une diminution des fonds susceptibles d'être consacrés à la santé. On s'attend donc – d'après l'expérience des crises économiques antérieures – à une dégradation de l'état de santé de la population des pays les plus durement touchés et à une augmentation de la mortalité maternelle et infantile; en ce qui concerne la mortalité infantile, le nombre de décès supplémentaires dans le monde pourrait atteindre 400 000 (UNESCO, 2009). L'Afrique sera au nombre des régions sévèrement touchées (BIT, 2009g).

Dans ce contexte, il est indispensable d'atténuer l'impact de la crise sur la santé et la pauvreté pour éviter que les avancées vers la réalisation des OMD ne ralentissent encore. L'amélioration de l'état de santé – vitale pour la création de revenus, le développement, la croissance et la prospérité – suppose que les pays africains s'engagent davantage à garantir l'accès aux soins de santé, à tout le moins aux soins de santé essentiels, en améliorant les régimes de protection sociale de la santé de façon à ce qu'un plus grand nombre de personnes puissent bénéficier de soins de meilleure qualité et à offrir une protection financière contre la pauvreté liée à la santé. A cet égard, la priorité doit être de parvenir à toucher les populations les plus vulnérables, les populations pauvres et les travailleurs de l'économie informelle.

3.2. Equité de l'accès aux soins de santé et à la protection financière en Afrique: un enjeu fondamental

Sur le continent africain, le besoin de protection sociale de la santé est immense. L'existence d'importantes lacunes dans la couverture se traduit par des inégalités très fortes, à la fois au niveau régional et au niveau national, qui entraînent elles-mêmes des écarts importants en termes de situation sanitaire, avec les effets qui en découlent en termes de développement social et économique.

3.2.1. Les inégalités régionales en matière de couverture par la protection sociale de la santé

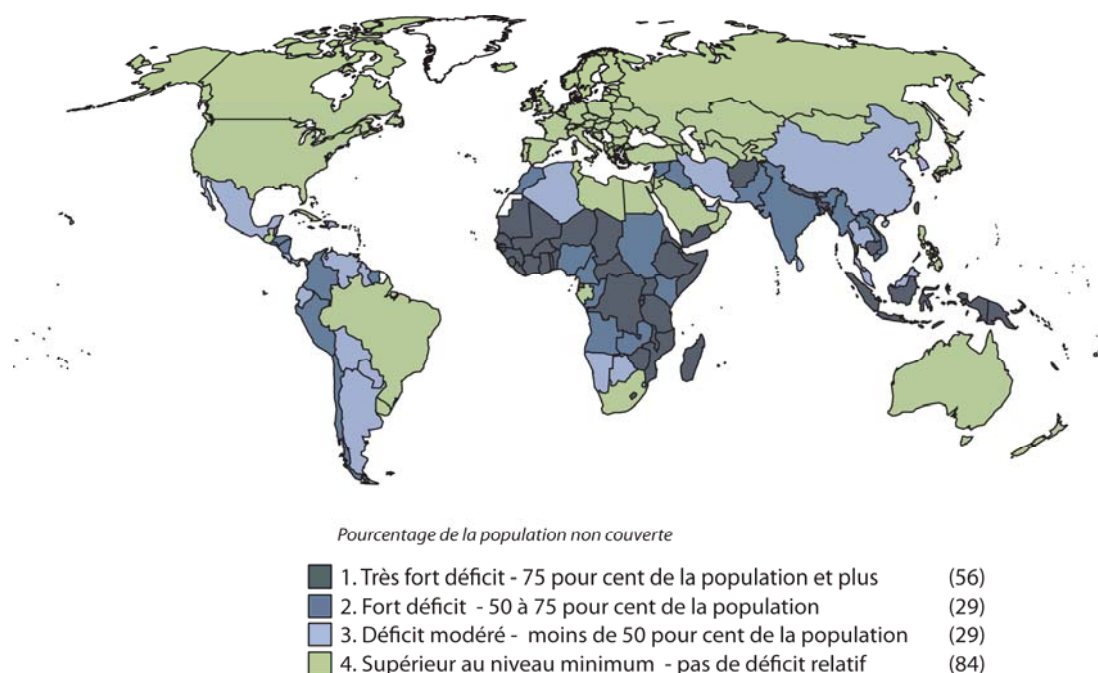
La qualité et l'ampleur de la couverture de santé, comprenant l'accès aux services de santé et à une protection financière, varient considérablement selon le degré de vulnérabilité en termes de pauvreté et de taille de l'économie informelle. Le graphique 3.3 montre que:

- à l'échelle mondiale, l'Afrique fait partie des régions qui affichent à la fois la **vulnérabilité la plus forte en termes de pauvreté et d'économie informelle** et les **niveaux les plus élevés de déficit d'accès aux services de santé**, mesuré à l'aide de l'indicateur de déficit d'accès de l'OIT¹;
- au sein du continent africain, de fortes disparités sont observées au niveau de l'importance du déficit d'accès et, par conséquent, de l'ampleur des difficultés

¹ Cet indicateur repose sur la densité des professionnels de santé. Pour le calcul de cet indicateur, la Thaïlande est utilisée comme référence, étant donné que ce pays obtient de bons résultats sanitaires avec une densité d'un professionnel de santé pour 313 habitants (BIT, 2008g).

auxquelles est confrontée la population lorsqu'elle a besoin de soins, le déficit relatif variant d'un niveau très élevé à un niveau quasi nul.

Graphique 3.3. Déficit d'accès dans le monde d'après l'indicateur de déficit lié aux effectifs du personnel de santé de l'OIT, 2008

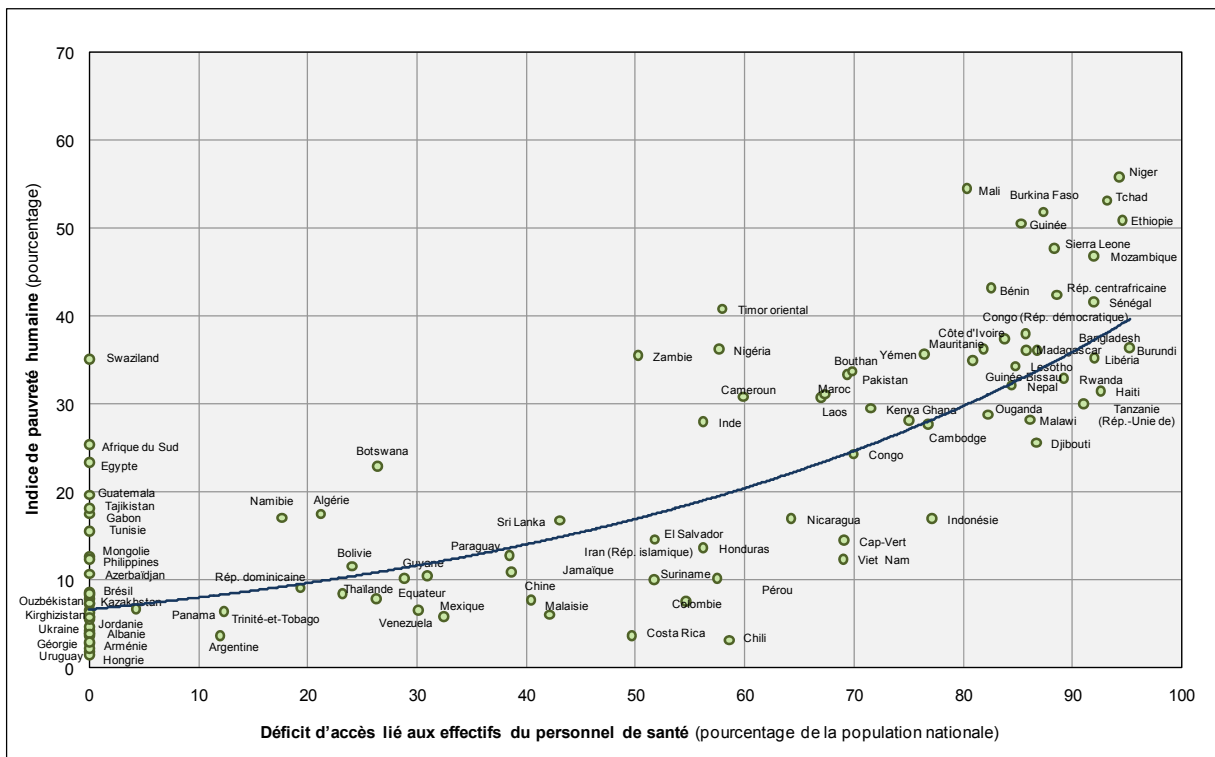


Source: BIT, 2008g.

Seuls quelques pays d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne offrent – à l'échelle nationale – un accès aux soins supérieur au niveau minimum tandis que, dans la plupart des pays, d'après l'indicateur du déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé, plus de 75 pour cent de la population n'ont pas accès aux services de santé lorsqu'ils en ont besoin. A noter que les pays qui ont le plus besoin de protection sociale de la santé sont aussi ceux où la couverture est la plus faible du monde et du continent africain. Il s'agit des pays qui affichent les taux de pauvreté les plus élevés et où l'économie informelle occupe la place la plus importante.

La forte corrélation entre le déficit d'accès et le degré de pauvreté peut être observée sur le graphique 3.4 qui présente, pour le monde entier, la régression entre le déficit d'accès aux services de santé et l'indice de pauvreté humaine (IPH). Il apparaît que la plupart des pays africains sont situés dans la partie supérieure droite du graphique, ce qui signifie que la pauvreté et le déficit d'accès aux services de santé sont élevés.

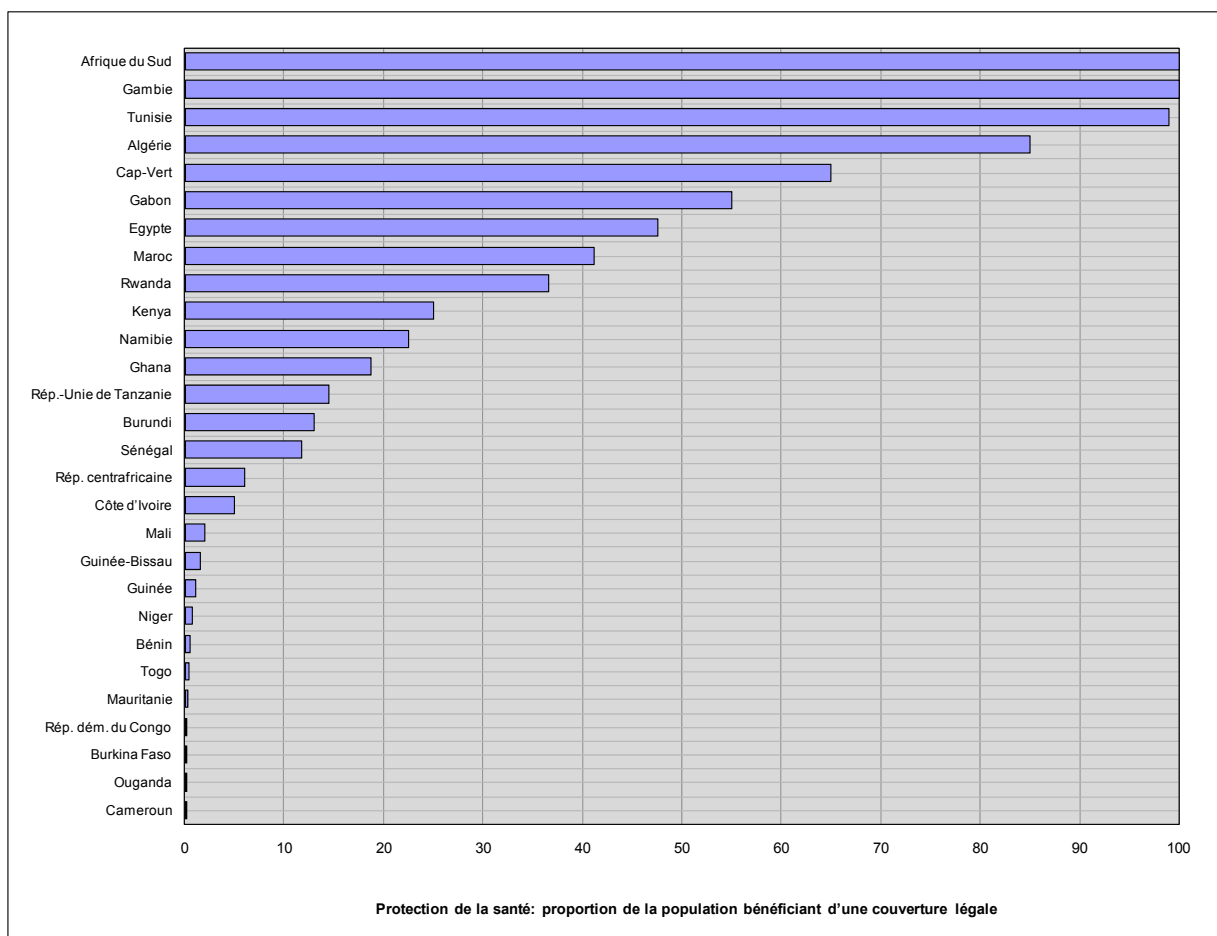
Graphique 3.4. Indice de pauvreté humaine et déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé, 2008



Source: BIT, 2008g.

De surcroît, l'examen de la couverture légale sur le continent africain révèle de fortes disparités. Alors qu'en Afrique du Nord, dans des pays comme la Tunisie et l'Algérie, 80 à 90 pour cent de la population sont couverts, il en va autrement dans d'autres parties de l'Afrique. Comme le montre le graphique 3.5, environ 25 pour cent de la population sont couverts au Kenya, 14,5 pour cent en République-Unie de Tanzanie et 13 pour cent au Burundi, mais seulement 0,4 pour cent au Togo et 0,2 pour cent au Burkina Faso.

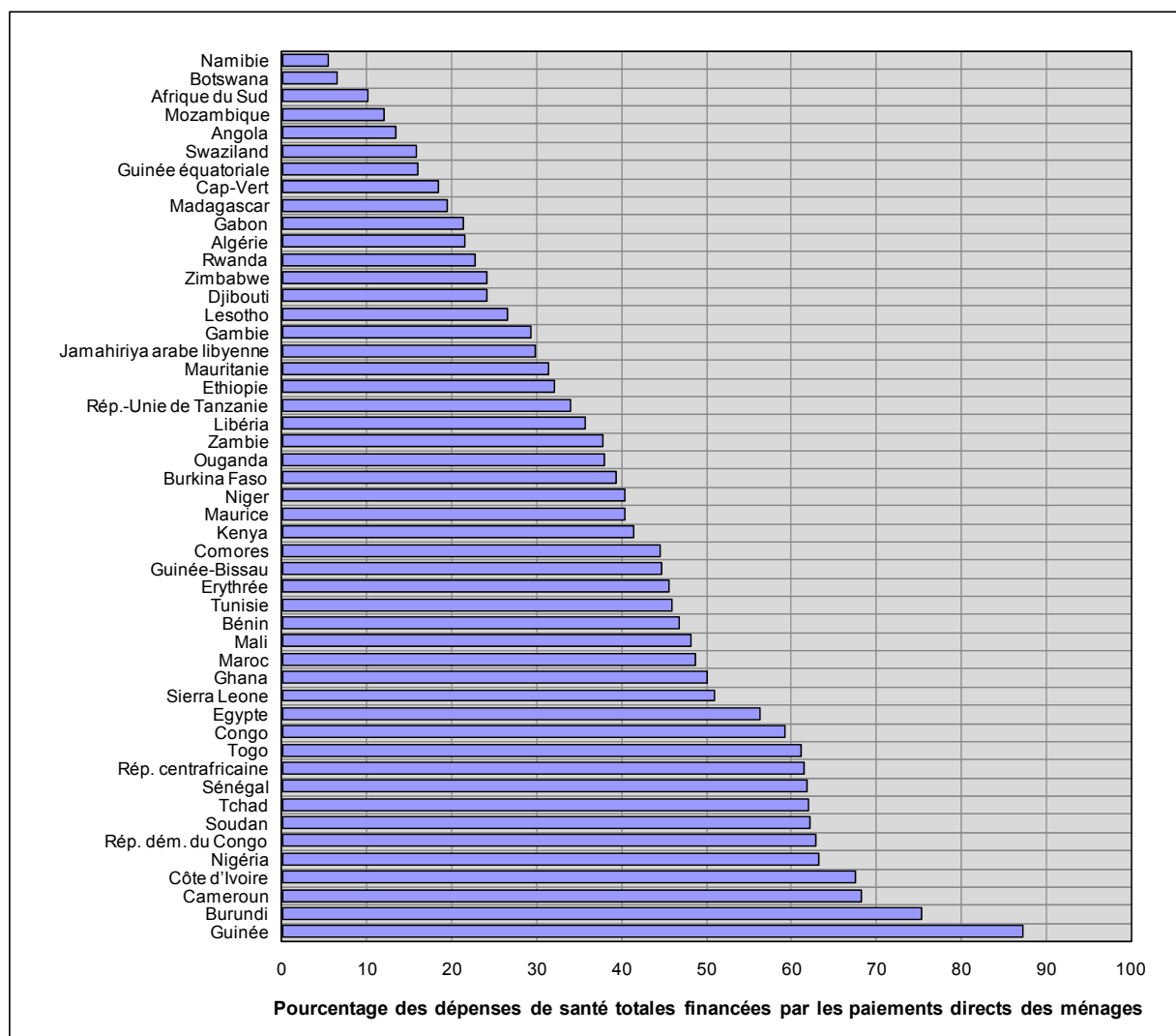
Graphique 3.5. Couverture par la protection sociale de la santé dans quelques pays africains, 2008



Source: BIT, 2008g.

Les paiements directs jouent un rôle déterminant dans l'équité de l'accès aux soins. Ces paiements sont ceux effectués directement par les patients pour bénéficier de soins de santé et obtenir des produits médicaux et qui n'entrent pas dans le cadre d'un mécanisme de partage des risques et des coûts, c'est-à-dire d'un mécanisme destiné à garantir la justice et l'équité. En Afrique, les paiements directs représentent une forte proportion des dépenses de santé totales, ce qui est très lourd de conséquences en termes de difficultés d'accès aux services de santé et d'aggravation de la pauvreté. Le graphique 3.6 montre l'importance des paiements directs et les différences entre les pays africains à cet égard.

Graphique 3.6. Dépenses de santé financées par les paiements directs des ménages, 2008 (pourcentages)



Source: BIT, 2008g.

Le financement des soins médicaux nécessaires par les paiements directs est régressif. De plus, les pauvres ont généralement plus de risques d'être malades et ont plus souvent besoin d'accéder aux services de santé que les catégories les plus aisées de la population. Dans les pays africains, l'impact négatif des paiements directs sur la pauvreté et l'accès aux services de santé peut être atténué par la protection sociale de la santé, en particulier lorsque des régimes à base communautaire sont en place (tableau 3.1).

Tableau 3.1. Mécanismes financiers utilisés par les ménages pour faire face à leurs dépenses de santé en Afrique du Sud, au Kenya et au Sénégal, 2005

	Afrique du Sud		Kenya		Sénégal	
	Non assuré (%)	Assuré (%)	Non assuré (%)	Assuré (%)	Non assuré (%)	Assuré (%)
Vente d'actifs	5,9	10,6	1,0	0,2	15,4	4,4
Emprunt à la famille ou aux amis	10,5	7,0	4,1	4,3	27,9	12,3
Emprunt à l'extérieur	11,5	3,0			3,2	6,1

Source: Scheil-Adlung *et al.*; 2006.

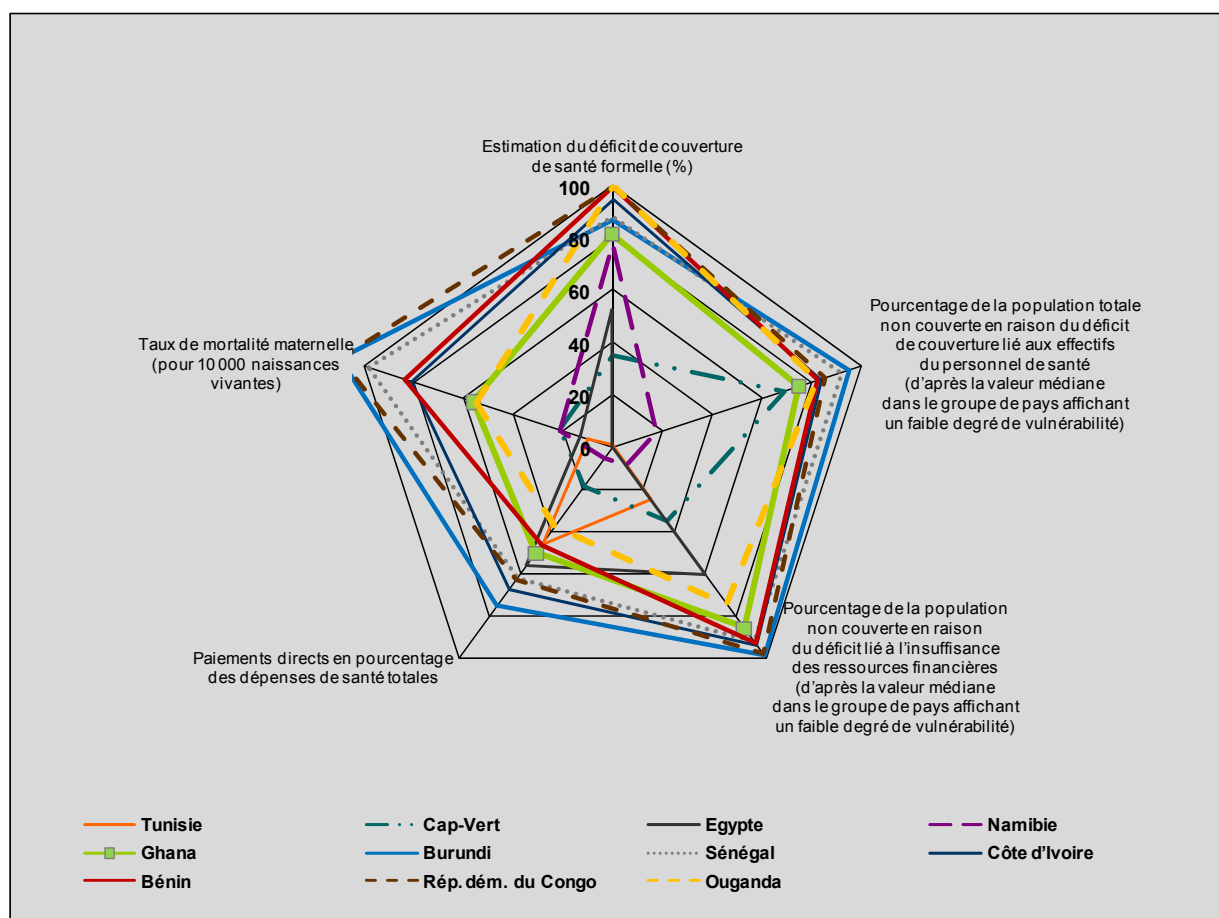
Au Sénégal par exemple, environ 15 pour cent de la population non assurée ont été contraints de vendre des actifs pour financer leurs dépenses de santé, tandis que 30 pour cent ont dû emprunter de l'argent à des amis. Parmi les personnes couvertes par un régime d'assurance-maladie, ces pourcentages étaient respectivement de 4 et 12 pour cent – c'est-à-dire nettement plus faibles.

Les inégalités dans l'accès effectif aux services en Afrique sont plus faciles à visualiser en comparant un ensemble d'indicateurs composé:

- des lacunes dans la couverture légale ou formelle;
- des pénuries de professionnels de santé et autres membres du personnel de santé;
- du manque de ressources financières;
- des paiements directs qui appauvrissent les individus en mauvaise santé;
- des résultats sanitaires en matière de mortalité maternelle.

Le graphique 3.7 donne un aperçu de la situation au Bénin, au Burundi, au Cap-Vert, en Côte d'Ivoire, en République démocratique du Congo, en Egypte, au Ghana, en Namibie, au Sénégal, en Tunisie et en Ouganda. Ces pays sont représentatifs des pays d'Afrique dont la vulnérabilité en termes de niveau de pauvreté et de taille de l'économie informelle est comparable.

Graphique 3.7. Aperçu général des résultats de la protection sociale de la santé dans quelques pays africains, 2009



Source: Calculs du BIT, 2009: données provenant de BIT, 2008g et OMS, 2009.

Le graphique montre que le financement de la santé, la situation sanitaire et la pauvreté sont étroitement liés. En Afrique, ce cycle de la paupérisation se caractérise par l'existence d'énormes déficits pour tous les indicateurs fondamentaux de l'accès effectif aux soins de santé:

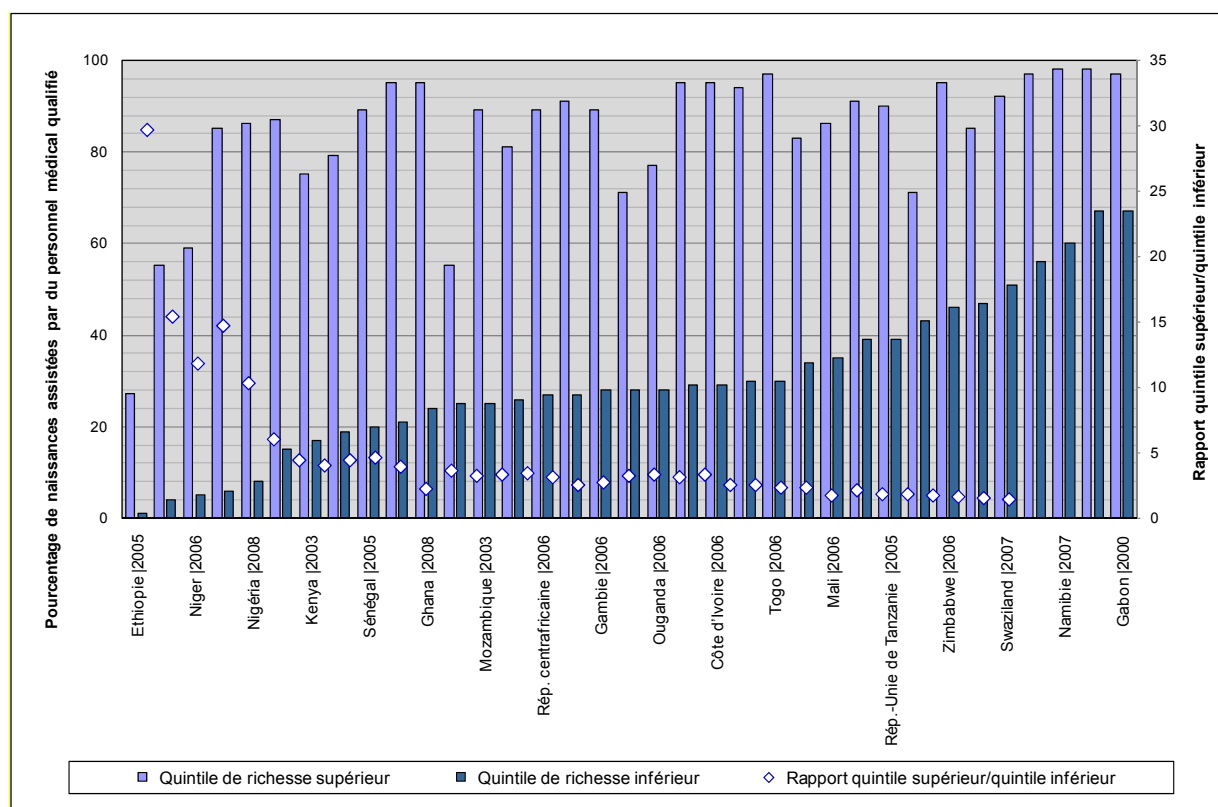
- Des pays comme le Burundi affichent des taux de mortalité maternelle extrêmement élevés, associés à d'énormes déficits, supérieurs à 80 pour cent, en matière de personnel de santé et de financement de la santé par habitant, qui se traduisent par le fait que les paiements directs représentent plus de 80 pour cent des dépenses. A l'échelle mondiale, l'Afrique est la région qui compte le plus grand nombre de pays utilisant les paiements directs comme principal mécanisme de financement de la santé (BIT, 2008g).
- La couverture légale de la protection sociale de la santé – qui ne constitue pas un indicateur de l'accès effectif aux soins de santé – varie fortement selon les pays, de moins de 1 pour cent à 25 pour cent.

3.2.2. Inégalités dans la couverture par la protection sociale de la santé au sein des pays africains

Au sein des pays africains, il existe d'importantes inégalités entre les différentes catégories de la population en matière de couverture et d'accès aux services de santé. Ces inégalités sont fortement corrélées au sexe: les dispositifs de protection sociale de la santé existants sont souvent favorables aux hommes qui travaillent dans le secteur formel ou dans la fonction publique et qui résident en milieu urbain, où les établissements de santé sont souvent plus nombreux et mieux équipés qu'en milieu rural (UN-DESA, 2009).

Les systèmes existants – même lorsqu'ils sont conçus pour couvrir l'économie informelle – ne couvrent pratiquement pas les dépenses de santé catastrophiques, qui surviennent pourtant fréquemment, par exemple en cas de complications liées à l'accouchement. Le graphique 3.8 montre que, dans les pays africains, le pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié est fortement corrélé au quintile de richesse; ainsi, au Sénégal, il est de 20 pour cent dans le quintile inférieur et de 90 pour cent dans le quintile supérieur; au Tchad, il est de 5 pour cent dans le quintile inférieur et de 55 pour cent dans le quintile supérieur. En Afrique subsaharienne, les femmes qui appartiennent au quintile le plus aisé de la population ont six fois plus de chances d'accoucher avec l'aide de professionnels de santé que celles qui font partie du quintile le plus pauvre (UN-DESA, 2006).

Graphique 3.8. Naissances assistées par du personnel de santé qualifié, diverses années entre 2000 et 2008 (pourcentages, par quintile de richesse)



Source: Observatoire mondial de la santé de l'OMS, dans OMS, 2009.

Les taux de mortalité maternelle reflètent les conséquences de cette situation sur la santé des femmes et des filles, en particulier des femmes qui vivent dans les zones rurales, caractérisées par la place importante qu'occupe le travail informel sur le marché du travail. En Afrique subsaharienne, les femmes vivant en milieu urbain ont trois fois plus de chances d'accoucher avec l'assistance de professionnels de santé que celles résidant en milieu rural (*ibid.*).

En plus des risques pour la santé induits par la grossesse et l'accouchement auxquels elles sont exposées, les femmes ont davantage de difficultés liées à la santé en raison des incidences de la mondialisation sur les conditions de travail, du phénomène migratoire et du changement climatique, qui contraignent une grande partie des personnes les plus pauvres à travailler dans des conditions de sécurité plus précaires, souvent à l'étranger. Les femmes qui travaillent sont souvent victimes de licenciements parce que bon nombre d'entre elles sont non qualifiées et exécutent des tâches relativement simples, faciles à automatiser.

De surcroît, dans certains contextes culturels, sociaux et politiques, les femmes sont privées des moyens de s'exprimer pour contester les licenciements ou les conditions économiques dans lesquelles elles travaillent. En outre, le fait qu'elles aient plus difficilement accès aux soins que les hommes et le mauvais état de santé qui en résulte perpétuent les obstacles à l'emploi et à la création de revenus.

Cette situation est encore aggravée par les inégalités homme-femme fondées sur des normes et politiques qui perpétuent la discrimination à l'encontre des femmes et des filles et qui, souvent, ont pour corollaire des violences sexuelles et fondées sur le sexe, des mariages précoces et une inégalité d'accès aux ressources sanitaires. Les mesures sexospécifiques de réduction de la pauvreté, l'augmentation de l'alphabétisation des

femmes et le renforcement de leurs droits économiques sont donc au nombre des grands défis à relever dans le cadre des efforts déployés pour améliorer la santé des femmes.

L'Afrique est la région du monde la plus durement frappée par la pandémie de VIH/sida; selon l'OMS, environ 80 pour cent des personnes qui vivent avec le VIH/sida et la tuberculose habitent en Afrique subsaharienne². La majorité des enfants qui vivent avec le VIH/sida (dont la plupart ont été contaminés par leur mère durant la grossesse ou l'accouchement ou encore par l'allaitement maternel) résident aussi sur le continent africain. Cette situation s'est soldée par des baisses de productivité, qui ont elles-mêmes entraîné des pertes financières pour les familles et les communautés du fait de la baisse des salaires et des capacités de gains ainsi que de la diminution du nombre d'heures de travail liée au temps passé à s'occuper d'un membre de la famille malade ou à se déplacer pour recevoir des soins. Le coût élevé des traitements antirétroviraux vient encore compliquer la situation.

De multiples obstacles financiers et physiques sont à l'origine d'inégalités dans l'accès aux soins de santé au niveau national. Parmi eux figurent:

- le montant élevé des paiements directs pour les soins de santé et les médicaments;
- la nécessité fréquente d'engager des dépenses dues à des problèmes de santé et interventions médicales non évitables (césariennes par exemple) et pouvant être considérées comme catastrophiques si, comme c'est assez souvent le cas, elles représentent plus de 40 pour cent du revenu net du ménage;
- la fragmentation des systèmes de santé, qui conduit à des lacunes dans la protection sociale de la santé;
- des ensembles de prestations limités, qui ne répondent pas aux besoins effectifs;
- une répartition inégale des établissements de soins entre les zones rurales et les zones urbaines;
- un manque de personnel de santé, souvent dû à des conditions de travail qui ne satisfont pas au critère du travail décent et se soldent par une mauvaise qualité des services;
- des problèmes découlant de facteurs liés au sexe, culturels et ethniques et ayant une incidence sur l'accès aux services de santé; et
- les conséquences financières de la pandémie de VIH/sida.

3.3. Comment étendre la protection sociale de la santé dans les pays africains pour parvenir à une couverture universelle?

3.3.1. Mettre au point des mécanismes pérennes de financement de la santé

Le financement de la protection sociale de la santé a une incidence non négligeable sur la qualité, le coût et l'existence des services de santé. Le montant des fonds nécessaires

² <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/fr/index8.html>

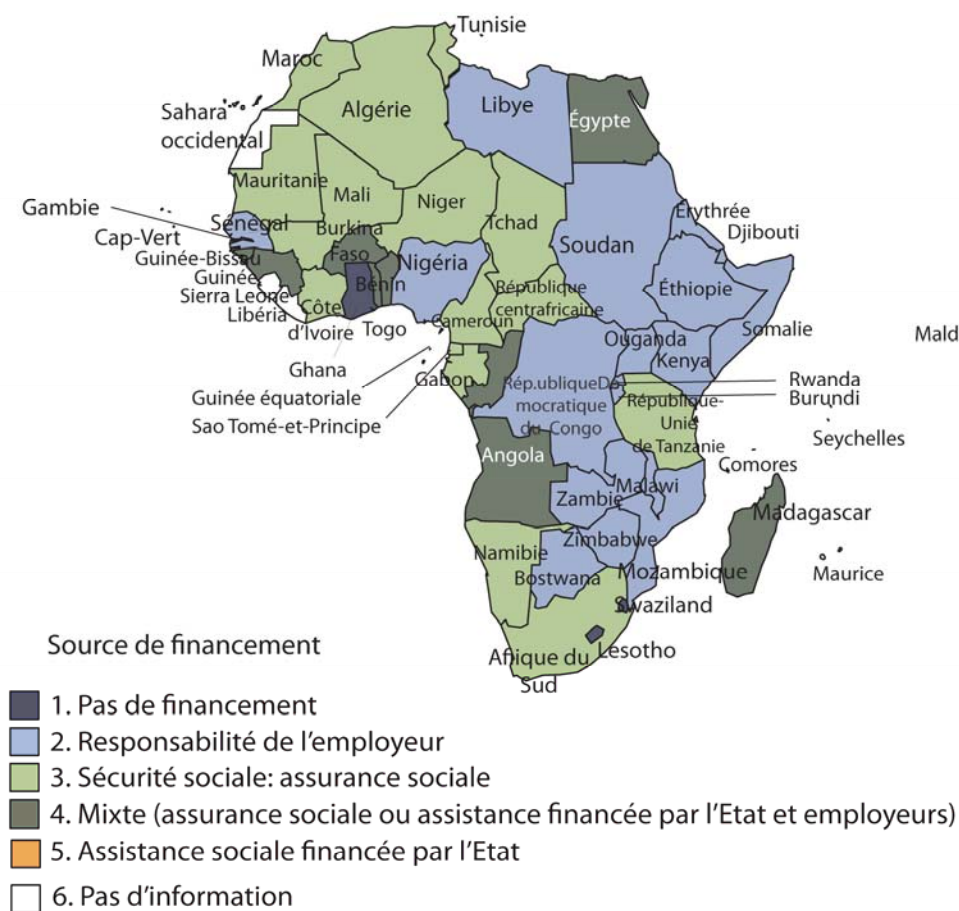
et leur affectation dépendent de la façon dont les régimes et systèmes de protection sociale de la santé sont conçus.

Sur le continent africain, le financement de la protection sociale de la santé se caractérise par l'existence de multiples modes de financement. Par ailleurs, les régimes de protection sociale de la santé dominants présentent des caractéristiques régionales:

- Les pays d'Afrique du Nord, comme l'Algérie, l'Égypte, le Maroc et la Tunisie, financent essentiellement la protection sociale par l'impôt malgré une longue tradition d'assurance-maladie sociale.
- En Afrique subsaharienne, jusqu'à une époque récente, les systèmes étaient essentiellement financés par l'impôt mais, il y a quelques années, le Burkina Faso, le Ghana et le Nigéria ont créé des systèmes d'assurance-maladie sociale tandis que la Sierra Leone et l'Ouganda sont déjà bien avancés dans leurs projets de mise en place de systèmes d'assurance-maladie de ce type en complément des systèmes financés par l'impôt.
- Au Bénin, au Burkina Faso, au Ghana et au Sénégal, les mutuelles de santé jouent un rôle dans la protection sociale de la santé. Dans beaucoup de pays africains, les systèmes d'assurance à base communautaire (au Ghana et au Sénégal, par exemple) ou professionnelle (au Nigéria, par exemple) occupent aussi une place importante dans la protection de la santé d'une forte proportion de la population.

Cette approche pluraliste du financement transparaît aussi à travers les sources utilisées pour financer les prestations de maternité en espèces; le financement peut être fondé sur la responsabilité de l'employeur, être assuré par des régimes de sécurité sociale ou d'assistance sociale ou encore par des systèmes mixtes (graphique 3.9).

Graphique 3.9. Sources de financement des prestations de maternité en espèces dans 51 pays africains, 2008



Source: OIT, 2008h.

Les mécanismes permettant de mobiliser des ressources pour les systèmes de protection sociale de la santé peuvent être classés dans un nombre de catégories relativement restreint, à savoir:

- les services de santé publics et nationaux financés par l'impôt;
- les systèmes d'assurance-maladie nationaux, sociaux et à base communautaire subventionnés cofinancés par des cotisations et des primes (généralement payées par les travailleurs, les employeurs ou les assurés); et
- les autres formes de systèmes privés d'assurance-maladie et de prestations en espèces.

Les divers fonds contributifs perçoivent des dotations du budget central sous forme de subventions en faveur des populations pauvres et vulnérables.

Compte tenu de la diversité des besoins de santé des différentes catégories de la population (personnes âgées, femmes, personnes résidant en zone rurale ou urbaine, minorités ethniques) et des difficultés souvent importantes rencontrées pour toucher ces catégories, la mise en place d'une pluralité de régimes de protection de la santé étroitement liés les uns aux autres constitue une approche pragmatique, rationnelle et efficace. Cette approche suppose toutefois un cadre global et cohérent et une coordination des régimes dans l'optique de parvenir à garantir un accès universel aux services de santé.

Les décisions relatives aux aspects fondamentaux de la protection sociale de la santé doivent être prises sur la base d'un processus de consultation aussi large que possible, impliquant les partenaires sociaux, des représentants des patients, des professionnels de santé, des prestataires de soins et les pouvoirs publics.

Le cadre et les caractéristiques des systèmes de protection sociale de la santé doivent tenir compte de considérations à trois niveaux stratégiques:

- Au niveau de l'individu, les divers besoins et priorités, qui dépendent de la charge de morbidité, du degré de pauvreté/vulnérabilité, de l'âge, du sexe, du groupe ethnique, de la situation dans la profession et du lieu de résidence, doivent être examinés et correctement pris en compte.
- Au niveau du système ou du régime, la fourniture de prestations doit être permise et garantie par des mécanismes de gestion et de financement adaptés, rationnels et efficaces ainsi que par des ressources telles qu'équipements médicaux et personnel de santé.
- Au niveau mondial, les systèmes de protection sociale de la santé doivent être en phase avec les priorités mondiales de santé publique comme les OMD et le contrôle transfrontalier des maladies transmissibles.

3.3.2. Parvenir à la couverture universelle et garantir l'accès effectif

En dépit des reculs dus aux crises alimentaire et financière mondiales, l'Afrique a réalisé des avancées ces dernières années:

- Les taux de mortalité maternelle et de mortalité des enfants, jugés en 2009 comme en progrès du point de vue de la réalisation des OMD, avaient diminué par rapport à 1990.
- Des réformes et projets visant à étendre la protection sociale de la santé ont été mis en œuvre ou sont en cours de discussion dans de nombreux pays dont l'Égypte, le Rwanda, la Sierra Leone, l'Afrique du Sud et l'Ouganda.
- Des plans de relance ont amorti les effets les plus graves des crises sur la santé. En Afrique du Sud par exemple, ces plans ont visé en priorité la lutte contre le VIH/sida; 932 millions de rands supplémentaires seront mobilisés pour lutter contre le VIH/sida et faire passer le nombre de bénéficiaires de traitements antirétroviraux de 630 000 à 1,4 million à l'horizon 2012. En outre, les prestations sociales vont augmenter d'environ 5 pour cent et l'âge de fin des droits à l'allocation d'aide aux enfants (*child support grant*), qui s'élève à 240 rands, va être porté à 15 ans; cette mesure concernera environ 500 000 enfants. Au nombre des autres mesures importantes figurent la mise en place de programmes d'alimentation scolaire, l'application de taxes supplémentaires sur les cigarettes et l'alcool et l'adoption de programmes de travaux publics visant à stimuler l'emploi (Khatiwada, 2009).

Les progrès restent toutefois limités, en particulier en Afrique subsaharienne. Pour parvenir à une couverture universelle en matière de protection sociale de la santé, il importe de garantir un accès effectif à un ensemble de prestations essentielles de qualité satisfaisante à l'ensemble des résidents d'un pays. A cette fin, plusieurs dimensions importantes doivent être prises en compte:

- des droits aux soins de santé prévus par la loi;

-
- l'existence physique d'une infrastructure de santé, d'équipements médicaux, de médicaments et d'un personnel de santé qualifié;
 - des soins de santé et une protection financière abordables; en d'autres termes, il faut éliminer les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé en veillant à ce que ces soins ne conduisent pas à un appauvrissement en cas de dépenses de santé catastrophiques (définies, un peu arbitrairement, comme des dépenses supérieures à 40 pour cent du revenu du ménage) et en réduisant le plus possible les paiements directs;
 - des cotisations aux régimes de protection sociale de la santé reposant sur l'assurance fixées de façon équitable, selon la capacité de paiement;
 - la diffusion, en temps opportun, d'informations exactes aux bénéficiaires sur les droits aux soins de santé; et
 - des soins de qualité satisfaisante.

Compte tenu de l'expérience des pays africains et des observations de l'OIT, il est essentiel d'élaborer des stratégies nationales de couverture reposant non pas sur un mécanisme de financement unique, mais sur *tous les mécanismes de financement existant dans un pays* – à savoir les régimes obligatoires et volontaires, à but lucratif et sans but lucratif, publics et privés qui contribuent, dans un contexte national donné, aux avancées vers la création d'une couverture universelle et vers la garantie de l'égalité d'accès aux services, à tout le moins aux services essentiels.

Toutefois, il convient que les projets ou réformes en matière de couverture reposent sur une utilisation *rationnelle* de tous les mécanismes de financement existants afin d'éviter une fragmentation et de permettre une solidarité au niveau du financement et du partage des coûts. A cette fin, il faut coordonner les mécanismes de financement et étendre les régimes de façon à combler efficacement les lacunes et les déficits d'accès. La rationalisation et la coordination des mécanismes de financement de la santé dans les pays supposent en particulier:

- l'optimisation des régimes existants en termes de capacité à garantir avec efficacité et efficacité un accès universel aux soins de santé, à tout le moins aux soins essentiels, et une protection financière en cas de maladie; et
- l'établissement de liens entre les régimes pour créer des synergies et augmenter le volume des ressources et la taille des systèmes de mise en commun des risques pouvant être mobilisés pour garantir l'accès universel aux soins dans une optique de partage des coûts et de solidarité au niveau du financement.

L'efficacité du processus d'élaboration des politiques suppose aussi que les mécanismes de financement de la santé soient intégrés au socle de protection sociale, initiative plus large qui vise à remédier à la pauvreté monétaire et liée à la santé au moyen de politiques sociales comprenant des transferts en espèces et en nature en faveur de toutes les personnes démunies – femmes et hommes, enfants, personnes âgées, chômeurs, personnes handicapées –, l'objectif étant d'agir sur les déterminants sociaux des problèmes de santé (CCS, 2009, p. 20).

Tout ensemble de prestations essentielles doit refléter les dispositions de la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et de la convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, en ce qui concerne les soins médicaux minimaux à fournir. Cet ensemble doit consister en un éventail de services de santé et de mesures de protection financière accessibles à la

population. Les services proposés doivent être définis dans l'optique de préserver, restaurer ou améliorer la santé, de garantir l'aptitude au travail et de répondre aux besoins de soins des individus.

Cet ensemble de prestations doit être défini au niveau des pays, afin de garantir un accès équitable, abordable et rapide à des services de santé de qualité en fonction des besoins sanitaires et de la charge de morbidité spécifiques à la population couverte. Il doit conduire à la réalisation des objectifs généraux de développement et de réduction de la pauvreté, tels qu'énoncés dans les OMD, et à l'exercice du droit de l'homme que constitue l'accès à la santé et à la sécurité sociale.

3.4. Obstacles à la mise en œuvre de la protection sociale de la santé en Afrique

Un certain nombre de défis à relever ou d'obstacles à surmonter pour mettre en place des régimes de protection sociale de la santé en Afrique ont été identifiés ou envisagés. Parmi eux figurent notamment l'efficacité et l'efficacités, les obstacles administratifs, l'insuffisance des capacités, l'existence de carences institutionnelles et le manque de données.

La plupart des pays d'Afrique ne disposent pas de l'infrastructure administrative nécessaire à la mise en œuvre de régimes de protection sociale de la santé. Des ressources humaines dotées de qualifications adaptées constituent la composante la plus importante de cette infrastructure. Or la main-d'œuvre disponible est dépourvue des qualifications et de l'expérience nécessaires pour assurer une administration efficace des transferts en espèces et une gestion efficace du système de protection sociale de la santé. En outre, le fossé de plus en plus grand qui se creuse entre le milieu urbain et le milieu rural constitue un frein à la mise en place de régimes de protection sociale de la santé en Afrique et des outils essentiels, comme des données démographiques et de recensement fiables, font défaut.

L'absence de données rend difficile l'élaboration de stratégies d'extension de la couverture de la protection sociale de la santé et de l'accès à cette protection. Lorsqu'elles existent, les statistiques nationales sont souvent partielles et spécifiques et ne permettent pas de réaliser des évaluations comparatives de la couverture et de l'accès effectifs.

Il a été largement observé que les régimes de protection sociale de la santé en place en Afrique favorisent souvent le secteur formel. La plupart des organismes publics et des grandes entreprises privées sont situés dans les centres urbains, où les installations de santé sont plus nombreuses et mieux équipées, ce qui rend l'accès aux services de santé plus facile pour la population du secteur formel.

Or la taille de ce secteur est nettement inférieure à celle du secteur informel, qui inclut les travailleurs indépendants vivant en milieu urbain, les chômeurs vivant en milieu urbain, les personnes âgées et les habitants des zones rurales. Il s'ensuit qu'une proportion plus forte de la population est confrontée à des obstacles géographiques et financiers à l'accès aux soins.

La protection de la santé de ceux qui, sur le continent africain et au sein des différents pays d'Afrique, constituent les populations les plus pauvres doit être définie comme une priorité. La perte d'emplois et de revenus et la diminution des budgets publics consacrés à la santé et à la protection sociale de la santé sont de nature à rendre l'accès aux soins plus difficile pour bon nombre d'individus. Dans ce contexte et compte tenu des difficultés auxquelles se heurte la protection sociale en raison de la crise financière et économique, les Nations Unies ont lancé l'initiative du socle de protection sociale, qui vise à garantir un accès aux services essentiels et des transferts à tous ceux qui ont besoin de protection

sociale pour sortir de la pauvreté ou ne pas y basculer (CCS, 2009, p. 20). L'OIT et l'OMS sont chefs de file de cette initiative. Parvenir à garantir un accès universel aux soins de santé grâce à la protection sociale de la santé est une composante fondamentale du socle de protection sociale; c'est aussi l'objectif de la coopération établie de longue date entre l'OIT et l'OMS dans le domaine de la protection sociale, qui a notamment conduit à la création du consortium GTZ-OIT-OMS sur la protection sociale de la santé et à l'initiative Providing for Health (P4H), qui en est le prolongement.

La conception et la mise en œuvre de politiques de protection sociale de la santé tenant compte de ces éléments devraient se traduire par une amélioration des résultats sanitaires sur le continent africain ainsi que par une réduction de la pauvreté, une hausse de la productivité du travail et par des gains économiques pour l'Afrique.

3.5. Conclusions

Malgré un besoin urgent de données complémentaires, il est possible de tirer les conclusions suivantes:

- Les lacunes de la protection sociale de la santé mettent en péril la sécurité économique et sociale dans beaucoup de pays d'Afrique. Ces lacunes s'expliquent souvent par le fait que la planification financière des systèmes de santé est dissociée de l'objectif d'universalité de la couverture et manque de ce fait souvent de l'efficacité et de l'efficience nécessaires pour surmonter les principaux obstacles.
- L'équité d'accès est une question fondamentale qui doit être réglée à la fois au niveau régional et au niveau national. De fortes inégalités sont observées à la fois entre les zones rurales et urbaines et entre l'économie formelle et l'économie informelle; en outre, le déficit d'accès des femmes est particulièrement préoccupant.
- Différents mécanismes de financement peuvent être utilisés, des régimes de sécurité sociale et d'assistance sociale aux systèmes reposant sur la responsabilité de l'employeur, pour que la protection sociale soit le plus abordable possible, pour les pays comme pour les ménages.
- Les facteurs susceptibles de conduire au succès de l'intensification des efforts déployés pour étendre la protection sociale de la santé sont notamment les suivants:
 - une législation et une réponse institutionnelle cohérentes;
 - des cadres internationaux communs comme les OMD et le socle de protection sociale;
 - une amélioration du financement à travers une augmentation de la marge budgétaire;
 - l'intégration aux régimes de sécurité sociale de dispositions relatives à la fourniture d'un ensemble de prestations essentielles; et
 - l'application de la législation et le suivi des avancées.

Du fait qu'ils constituent une composante fondamentale du socle de protection sociale, les soins primaires et les soins essentiels fournis par le secteur public sur une base universelle doivent relever de la compétence de l'Etat. En leur qualité de premier prestataire de services de santé, les gouvernements doivent accorder la priorité à la prévention et la promotion de la santé (OMS, 1978).

4. Régimes de sécurité de revenu

Ce chapitre porte sur des thèmes en lien avec la fourniture de prestations d'aide au revenu – destinées à protéger des risques que sont la vieillesse, le décès d'un soutien de famille, l'invalidité, les accidents du travail, le chômage, la maternité et la maladie. Tous ces risques peuvent conduire à une perte de l'aptitude à travailler et, par conséquent, à recevoir un salaire ou un traitement et mettre en péril la capacité des individus et des familles à pourvoir à leurs besoins. En Afrique plus encore que dans d'autres régions, il importe, lors de la mise au point de régimes de sécurité de revenu, de faire une distinction claire entre la composante formelle et la composante informelle de l'économie.

4.1. La sécurité du revenu en Afrique: tour d'horizon

Depuis toujours, les familles et les réseaux de parenté pourvoient, dans la mesure du possible, aux besoins des individus et familles confrontés aux risques précités. Cette forme de protection sociale informelle revêt des formes diverses et se rencontre encore couramment dans les villages et zones rurales d'Afrique, ce qui montre qu'il existe un besoin vital d'un certain degré de solidarité et d'entraide mutuelle. En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale en particulier, ces systèmes informels jouent un rôle important dans le renforcement des capacités des ménages. Les enquêtes auprès des ménages conduites dans des pays comme le Mali, par exemple, montrent combien il est important que les transferts privés entre les ménages subsistent (ministère du Développement social/UNICEF, 2008).

Néanmoins, du fait des exigences de la vie moderne, en particulier de la tendance à la migration des zones rurales vers les zones urbaines et de la moindre capacité à offrir un soutien familial selon le modèle traditionnel, des systèmes plus formels de protection sociale prennent de plus en plus d'importance. Dans tous les pays d'Afrique, un débat s'est engagé sur l'extension des programmes non contributifs financés par l'Etat et de nouvelles politiques sont mises en œuvre ou expérimentées. L'approche logique consiste à essayer d'étendre la couverture des régimes existants, lesquels ne s'adressent toutefois qu'aux travailleurs de l'économie formelle. Il est par conséquent important de trouver des approches complémentaires répondant plus efficacement aux besoins des travailleurs de l'économie informelle, considérablement plus nombreux.

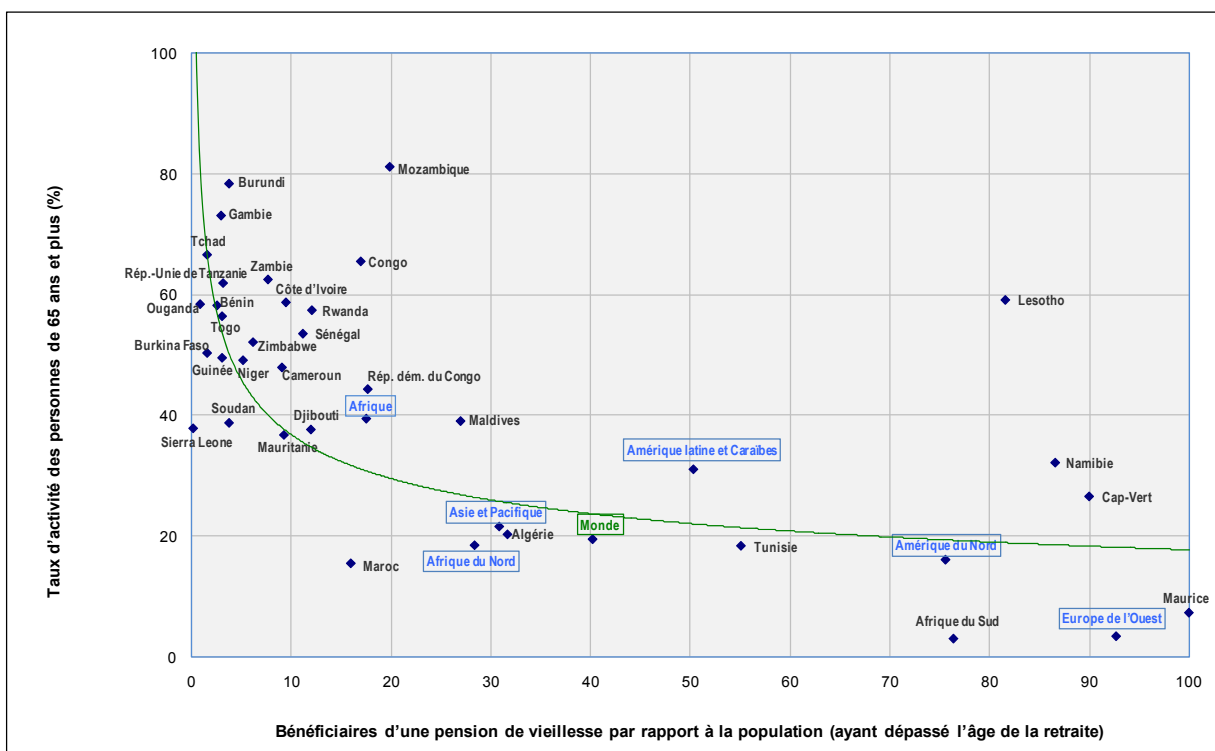
4.1.1. *Lacunes de la couverture*

Les couches de la population pour lesquelles les régimes contributifs participent à la fourniture effective d'une protection sociale de la santé diffèrent selon les pays. Il est cependant très rare que la couverture de ces régimes s'étende aux travailleurs du secteur agricole, qui constituent pourtant la majorité des travailleurs dans beaucoup de pays africains. Parmi les autres catégories de travailleurs vulnérables dont la couverture est très parcellaire figurent, par exemple, les employés de maison (en Afrique du Sud et en Guinée, ils peuvent bénéficier d'une couverture s'ils sont salariés), les fermiers et les métayers (qui sont couverts au Cap-Vert) et les condamnés (employés dans des ateliers installés dans les prisons et, par conséquent, couverts en Côte d'Ivoire et à Madagascar). Les travailleurs indépendants sont habituellement exclus de la couverture dans la plupart des pays africains. Lorsqu'ils ne le sont pas, leur adhésion est généralement volontaire et subordonnée à l'obligation de verser des cotisations dont le taux est relativement élevé.

4.1.2. Vieillesse et retraite

Le niveau globalement faible de la couverture par les régimes de sécurité sociale assurant une protection du revenu est illustré de façon frappante par le phénomène des travailleurs âgés en Afrique, 80 pour cent des hommes et femmes âgés qui n'ont pas de revenu régulier continuant à travailler, en principe dans l'économie informelle, jusqu'à ce qu'ils deviennent inaptes au travail (HelpAge International, 2008). Il existe une forte corrélation entre la couverture par les systèmes de pension de vieillesse et le taux d'activité des personnes âgées, à savoir que, dans les pays où seule une minorité de la population a accès à une pension, les personnes âgées doivent travailler pour survivre (voir graphique 4.1).

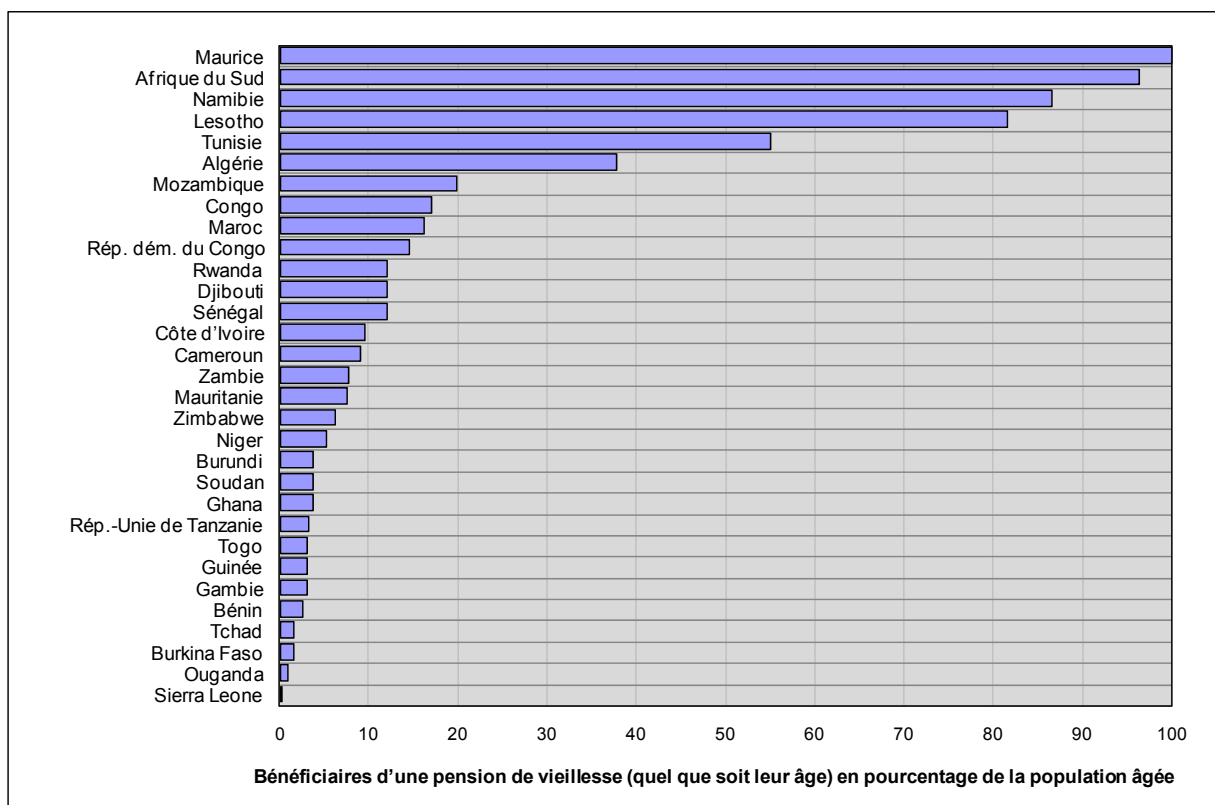
Graphique 4.1. Individus ayant dépassé l'âge de la retraite et percevant une pension et taux d'activité de la population âgée de 65 ans et plus, dernière année disponible (pourcentages)



Sources: Département de la sécurité sociale du BIT, compilation de données nationales disponibles recueillies auprès des régimes de sécurité sociale nationaux servant des pensions; BIT, LABORSTA (BIT, 2009h) pour la population active de 65 ans et plus.

Les femmes âgées (60 ans et plus), bien que vulnérables du fait de leur âge et de leur pauvreté, assument souvent l'essentiel de la prise en charge des enfants dans les familles frappées par le VIH/sida. Elles s'occupent aussi des enfants lorsque les membres adultes de leurs familles migrent pour chercher un emploi. En plus de ne pas avoir de revenu régulier, ces femmes n'ont souvent pas accès aux services sociaux pour elles-mêmes et pour les personnes dont elles s'occupent (Wiman, Voipio et Ylonen, 2006). Il est toutefois possible d'atténuer la pauvreté et la vulnérabilité des personnes âgées à l'aide de dispositifs d'aide au revenu non contributifs financés par l'Etat. Ainsi, au Lesotho, à l'île Maurice, en Namibie et en Afrique du Sud par exemple, où des pensions universelles ont été instaurées dans le cadre de dispositifs d'assistance sociale financés par l'impôt, une plus forte proportion de personnes âgées est couverte. Le graphique 4.2 montre les différences selon les pays.

Graphique 4.2. Bénéficiaires d'une pension de vieillesse (quel que soit leur âge) en proportion de la population âgée, 2008 (pourcentages)



Note: Population âgée de 60 ans ou plus ou, dans certains cas, de 65 ans ou plus selon l'âge légal de la retraite en vigueur dans le pays.

Sources: Département de la sécurité sociale du BIT, compilation de données nationales disponibles recueillies auprès des régimes de sécurité sociale nationaux servant des pensions; Nations Unies, 2009, variante moyenne. Voir aussi BIT, GESS (BIT, 2009f).

La faiblesse de l'espérance de vie moyenne en Afrique a une incidence sur la façon dont est perçu, en termes d'équité, le principe consistant à subordonner le versement des prestations de vieillesse à un âge légal de la retraite, en particulier dans les régimes formels reposant sur l'assurance sociale. En Afrique, à 20 ans, âge auquel bon nombre d'individus commencent en principe à cotiser au régime de retraite, l'espérance de vie est de 45 ans en moyenne; elle est comprise entre 53 ans en Afrique du Nord et 37 ans en Afrique australe et est particulièrement faible dans les pays touchés par le VIH/sida. Lorsque l'âge légal de la retraite est fixé à 55 ou 60 ans, comme c'est généralement le cas en Afrique subsaharienne (voir tableau SA6 b)), ce principe est souvent perçu comme injuste par les cotisants, qui risquent de ne pas vivre assez longtemps pour recevoir leur retraite pendant une période un tant soit peu prolongée. Il en va particulièrement ainsi pour les hommes, qui ont généralement une espérance de vie plus courte que les femmes. Bien qu'il ne soit pas possible d'interpréter convenablement les statistiques sur une base aussi simpliste et même si, d'un point de vue technique, ces âges de la retraite sont pleinement justifiés, voire devront peut-être être relevés pour assurer la pérennité du financement, il est nécessaire, pour que ces systèmes soient acceptables par les membres, de renforcer les droits aux pensions d'invalidité et de survivant et de développer les branches de la sécurité sociale qui ont vocation à pourvoir aux besoins plus immédiats des individus plus jeunes et de leurs enfants, y compris, peut-être, les dispositifs de prestations familiales, qui aident les familles à élever leurs enfants.

4.1.3. Travailleurs migrants

Comme souligné dans le chapitre 2, en Afrique, les familles dépendent beaucoup des envois de fonds effectués par leurs membres qui vivent et travaillent à l'étranger – envois

qui ont représenté près de 22 milliards de dollars E.-U. en 2005. Les transferts entre ménages et transferts privés sous forme d'envois de fonds constituent un moyen important pour les membres de la famille d'offrir un soutien informel. En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, les envois de fonds ont été estimés respectivement à 10,4 milliards de dollars E.-U. et 2,7 milliards de dollars E.-U. en 2006; au Mali par exemple, les transferts privés entre ménages représentent 18 pour cent du revenu des ménages pauvres (ministère du Développement social/UNICEF, 2008). Pourtant, jusqu'à une période très récente, la nécessité d'assurer une coordination des dispositifs de protection sociale entre les pays pour répondre aux besoins du nombre croissant de travailleurs qui migrent à travers les frontières dans la région a suscité peu d'intérêt malgré la place importante qu'occupent ces travailleurs dans l'environnement social et économique. Beaucoup de pays ne s'intéressent tout simplement pas à la question du droit des travailleurs étrangers ou migrants à adhérer aux régimes d'assurance sociale contributifs.

Quelques pays, peu nombreux, appliquent des dispositions qui permettent le versement ultérieur d'une pension à leurs ressortissants assurés résidant dans d'autres pays. Le groupe sous-régional composé du Botswana, de la Namibie et de l'Afrique du Sud, au sein duquel la migration de travailleurs a toujours été relativement forte, en constitue un exemple. Les travailleurs migrants originaires de ce groupe de pays peuvent s'affilier aux régimes d'assurance du pays d'accueil; toutefois, ce droit est soumis à certaines limites. Ainsi, en Afrique du Sud, les non-ressortissants sont censés retourner dans leur pays d'origine au terme de leur contrat et ne sont pas autorisés à s'affilier à un régime d'assurance-chômage (Van Kerken et Olivier, 2003). Une autre restriction est imposée par le principe de territorialité, qui exige que les prestations soient payées dans le pays d'accueil (Vonk, 2002). L'actuelle «non-portabilité» des prestations constitue un obstacle majeur au maintien des droits de sécurité sociale.

4.1.4. Chômage

Les dispositifs permettant le versement de prestations de chômage aux anciens salariés sont quasiment inexistantes sur le continent africain, à l'exception très limitée de quelques systèmes de paiement d'indemnités de licenciement prescrits par la législation du travail de certains pays; il s'agit là d'une grave lacune, qui a des conséquences pour les travailleurs migrants comme pour les travailleurs non migrants. La Côte d'Ivoire a signalé, en 2003, le lancement d'un programme qui versait des prestations aux seuls travailleurs qui avaient perdu leur emploi pour des motifs économiques (D'Haeseleer & Berghman, 2003), mais il n'a pas été possible d'avoir la preuve que ce dispositif existe encore.

4.2. L'économie formelle

4.2.1. Tour d'horizon

Les régimes d'assurance sociale contributifs versent des prestations sur la base de droits définis par la loi (ou légaux), mais sont généralement réservés aux travailleurs qui exercent une activité rémunérée à plein temps. En règle générale, l'Etat ne participe à ces régimes contributifs qu'en qualité d'employeur de fonctionnaires, voire n'y participe pas du tout. Dans certains pays, il arrive qu'il contribue au financement des allocations familiales ou des prestations de maladie et de maternité. Il en va par exemple ainsi au Tchad, bien qu'il soit difficile de déterminer avec certitude si cette prestation est réservée aux travailleurs salariés et aux personnes à leur charge ou si elle peut être versée à l'ensemble de la population.

Bon nombre des systèmes de sécurité sociale contributifs destinés aux travailleurs de l'économie formelle sont des régimes *d'assurance sociale* fondés sur la mise en commun

des risques. Il arrive toutefois que le mécanisme de financement utilisé soit celui de la *responsabilité de l'employeur*; tel est, par exemple, le cas des systèmes de prestations de maladie et de maternité de beaucoup de pays et, dans certains cas, des systèmes de paiement *d'indemnités de licenciement*, même s'il arrive aussi que les indemnités de licenciement soient plutôt traitées comme représentant simplement des salaires et traitements différés (voir tableau SA7).

Les caractéristiques des régimes d'assurance sociale contributifs varient considérablement d'un pays à l'autre. Au nombre des paramètres qui diffèrent selon les pays figurent le taux des cotisations à payer par les employeurs et les travailleurs pour financer les régimes, la durée de versement des prestations prévue par les régimes de prestations de maladie et de maternité, l'âge à compter duquel il est possible de percevoir une pension, qui peut, au sein d'un même pays, ne pas être le même pour les hommes et pour les femmes, et les conditions auxquelles est subordonnée l'ouverture des droits aux prestations de survivants.

Le tableau SA4 c) indique la proportion de travailleurs salariés en Afrique subsaharienne et en Afrique du Nord. Le BIT estime qu'environ 20 pour cent de l'ensemble des travailleurs occupent un emploi salarié en Afrique subsaharienne alors que ce pourcentage s'établit à 60 pour cent environ en Afrique du Nord (BIT, 2010a, partie 2.1). Dans la plupart des pays africains, les salariés du secteur formel, qu'ils travaillent dans la fonction publique ou dans des entreprises privées, sont en mesure de cotiser à l'assurance sociale mais ne constituent qu'une minorité de la population active de la région. Ainsi, d'après les données disponibles, en Côte d'Ivoire en 1989, le taux de couverture était inférieur à 9 pour cent (D'Haeseleer & Berghman, 2003); en Guinée, il était de 2 pour cent en 2002, tandis qu'au Mozambique, en 2009, seuls les 6 pour cent de travailleurs employés dans l'économie formelle étaient susceptibles d'être couverts. La couverture effective par les régimes contributifs est aussi inférieure à 10 pour cent en République-Unie de Tanzanie et en Zambie (BIT, 2008e, 2008f). Loin de s'améliorer, ces chiffres se sont vraisemblablement dégradés sous l'effet de la crise financière mondiale. Il ressort d'une analyse des données disponibles les plus récentes que, dans l'ensemble, les pourcentages de la population active couverts par un régime de pension contributif sont très faibles, compris entre 5 pour cent en Afrique subsaharienne et 20 pour cent en Afrique du Nord.

4.2.2. Risques

Il existe de fortes disparités entre les régimes d'assurance sociale contributifs existant en Afrique en ce qui concerne l'étendue des risques couverts. La convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, de l'OIT en énumère neuf qui, ensemble, définissent le champ couvert par un système de sécurité sociale national complet.

Le premier risque énoncé dans la liste de la convention n° 102 est le besoin de soins médicaux, déjà examiné dans le chapitre 2. Les autres risques concernent les prestations fournies sous forme de *protection du revenu*. Elles peuvent être regroupées de diverses manières. Le classement qui suit reflète l'approche par fonctions ou par divisions adoptée par les administrations de sécurité sociale de beaucoup de pays:

- I. Prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants: pensions et/ou allocations de vieillesse, pensions d'invalidité et pensions de survivants – *prestations dites à long terme*.
- II. Prestations de maladie et de maternité, ces dernières comprenant des prestations en espèces et les soins médicaux liés à la maternité – *prestations dites à court terme*.

III. Prestations d'accident du travail: prestations médicales et en espèces versées en cas d'incapacité temporaire; pensions d'invalidité définitive versées aux assurés; pensions versées, lors du décès du travailleur assuré, au(x) survivant(s), à savoir conjoint veuf ou veuve et, parfois, enfant(s), parent(s) et grand(s)-parent(s). Dans beaucoup de pays, les prestations appartenant à cette catégorie sont versées sur une base légale dans le cadre de la responsabilité de l'employeur et sont donc administrées séparément.

IV. Prestations familiales.

V. Prestations de chômage.

Les risques les plus souvent couverts en Afrique sont la vieillesse (pensions) et les accidents du travail¹; en outre, beaucoup de régimes servant des pensions de vieillesse versent aussi des pensions en cas d'invalidité ou de décès du soutien de famille (pensions de survivants). Le risque le plus rarement couvert est le chômage, seul un petit nombre de pays étant dotés d'un régime dans ce domaine (voir tableau SA7). Les régimes qui versent des prestations familiales sont rares. Souvent, les prestations de maladie et de maternité ne relèvent pas des systèmes d'assurance sociale et sont versées par les employeurs dans le cadre de la responsabilité de l'employeur, conformément aux obligations prescrites par le Code du travail ou la législation du travail similaire.

Dans la région, la couverture au titre de chacun des risques énoncés dans la convention n° 102 est extrêmement faible, ce qui reflète les faibles taux d'affiliation aux régimes contributifs. Le tableau SA7 montre que la couverture légale théorique (c'est-à-dire appréciée en supposant que les lois en vigueur sont pleinement respectées) par les régimes qui servent des pensions de vieillesse contributives est inférieure à 35 pour cent de la population en âge de travailler en Afrique du Nord et à 14 pour cent en Afrique subsaharienne. En matière d'accidents du travail, les taux de couverture ne sont que de 26 pour cent de la population en âge de travailler en Afrique du Nord et 17 pour cent en Afrique subsaharienne. Dans le cas des prestations de chômage, la couverture légale par les régimes contributifs est inférieure à 10 pour cent de la population active en Afrique du Nord et pourrait n'être que de 1 pour cent en Afrique subsaharienne. Les taux de couverture effective – réelle – par les régimes contributifs sont nettement plus faibles que les taux de couverture légale, étant souvent nettement inférieurs à 10 pour cent au total.

4.2.3. Respect des obligations contributives

Le fait que les employeurs respectent mal l'obligation légale qui leur est faite d'affilier leurs salariés aux régimes de sécurité sociale et de payer les cotisations dues explique en partie la faiblesse des taux de couverture effective par les régimes contributifs. Il en va ainsi même dans les pays où les organisations de travailleurs et les syndicats sont relativement puissants. En Afrique du Sud par exemple, beaucoup de travailleurs sont contraints de demander l'aide de cabinets de conseils et de juristes pour que ces obligations soient respectées. Comme le souligne un chercheur d'un des centres de conseils de l'organisation Black Sash, en Afrique du Sud, «le fait que le secteur privé respecte mal ses obligations en matière d'assurance sociale reste un problème majeur. Il s'agit là d'un handicap énorme – comme en témoigne le fait que 48 pour cent des questions soumises à notre centre régional de Pietermaritzburg et 38 pour cent de celles soumises à notre centre

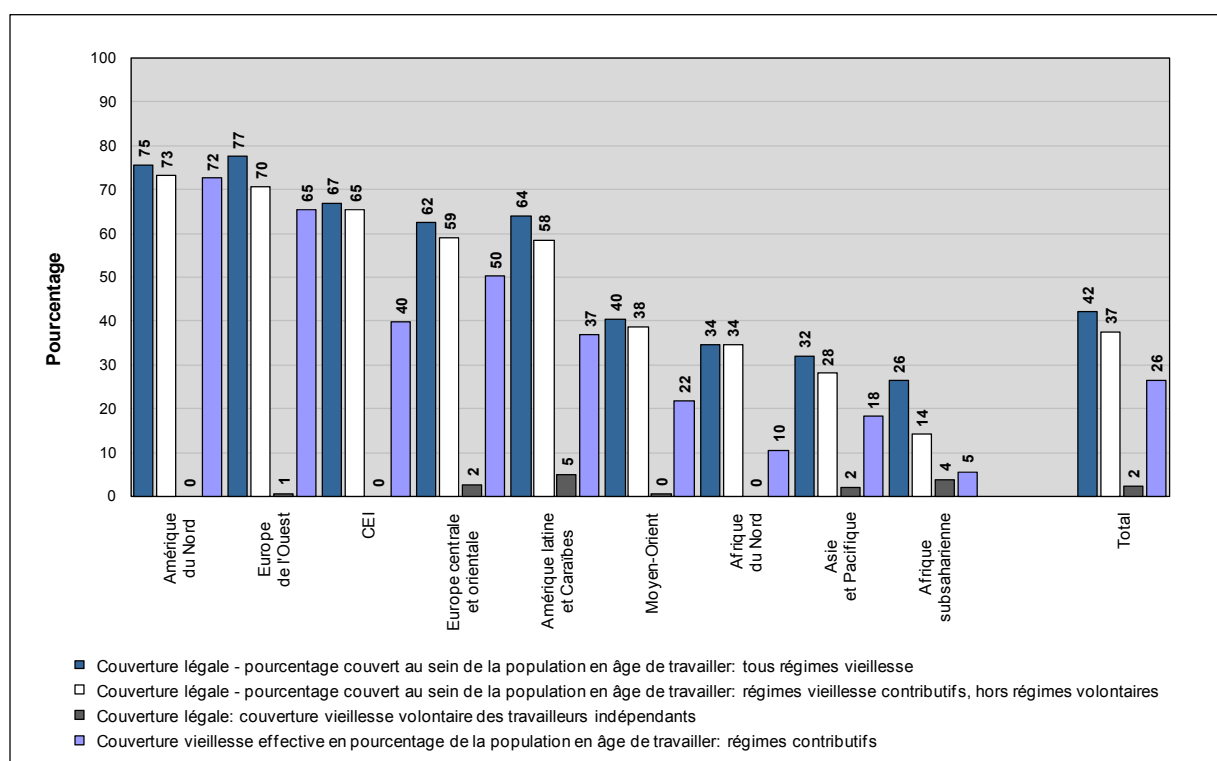
¹ Toutefois, dans beaucoup de pays, la couverture au titre des accidents du travail est beaucoup plus restreinte que ce qu'exige la convention n° 102 de l'OIT, ne prévoyant que le versement d'une indemnité sous forme de capital en cas d'accident lié au travail. En outre, le pourcentage des accidents et maladies professionnelles effectivement déclarés et indemnisés est relativement faible.

régional de Grahamstown concernant des problèmes de fonds de pension privés et de prestations de décès en faveur des bénéficiaires ou de leurs ayants droit.» (Taylor, 2008, pp. 60-61.)

Dans beaucoup de pays, le respect par l'Etat lui-même de ses obligations de cotisations aux organismes d'assurance sociale est un sujet de préoccupation, l'Etat étant souvent le principal employeur du pays. Dans le secteur public comme dans le secteur privé de l'économie formelle, le fait que les employeurs respectent mal leurs obligations, le retrait arbitraire des fonds et les changements apportés aux mécanismes de financement sont source d'insécurité économique pour les travailleurs concernés. Dans des secteurs comme l'agriculture, le secteur minier, le secteur de la restauration et de l'hôtellerie et celui des travaux ménagers, où les travailleurs ne bénéficient pas d'une réelle représentation, il est extrêmement difficile d'effectuer un suivi du respect des obligations, même lorsque les conditions d'emploi de base sont censées inclure le versement d'une forme de cotisation partagée entre l'employeur et le salarié. Compte tenu de cette situation, il est d'autant plus nécessaire que le socle de protection sociale fournisse des garanties de revenu minimum en plus d'autres transferts sociaux.

Le graphique 4.3 illustre l'écart entre la couverture prévue par la loi (légale) et la couverture effective par les régimes servant des prestations de vieillesse dans les différentes régions du monde.

Graphique 4.3. Pensions de vieillesse: couverture légale et travailleurs cotisant effectivement au sein de la population en âge de travailler, par région, 2008-09 (pourcentages)



Lien: <http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?ressourcId=15143>.

Sources: Département de la sécurité sociale du BIT d'après SSA/AISS, 2008, 2009; BIT, LABORSTA (BIT, 2009h); textes législatifs nationaux; la couverture légale a été estimée sur la base de données statistiques nationales et la couverture effective sur la base de données des régimes de sécurité sociale nationaux. Voir également BIT, GESS (BIT, 2009f).

4.2.4. Handicaps à surmonter dans le domaine de l'assurance sociale

Etant donné l'ampleur de la pauvreté dans les pays étudiés et compte tenu du fait que les régimes d'assurance contributifs n'offrent, dans le meilleur des cas, qu'une sécurité sociale restreinte à une minorité de la population, les systèmes d'assurance sociale existants ont d'importants handicaps et problèmes à surmonter. Parmi ces difficultés figurent: la couverture limitée ou inexistante offerte aux personnes qui travaillent dans l'agriculture et aux employés de maison; la situation des personnes âgées qui travaillent; le problème du non-respect des obligations; le caractère inadapté des âges légaux de la retraite; le retrait anticipé des fonds; la situation des travailleurs migrants; l'insuffisance du niveau des prestations et la discrimination à l'encontre des femmes.

Ce dernier point revêt une importance particulière. A de très rares exceptions près, le travail que les femmes accomplissent au foyer – prise en charge des enfants, des personnes âgées ou handicapées – n'est pas reconnu comme du «travail» par les dispositifs d'assistance sociale ou d'assurance sociale liés à l'emploi; il arrive aussi que les personnes à charge ne soient pas couvertes. Lorsque les femmes sont intégrées au marché du travail, leurs salaire et rémunération sont généralement inférieurs à ceux des hommes, leurs conditions d'emploi sont plus précaires et les choix professionnels qui s'offrent à elles plus limités. Il s'ensuit une discrimination à l'encontre des femmes, qui n'accèdent pas aux pensions et autres droits liés à l'emploi. En outre, en cas de rupture familiale ou de décès de son conjoint, une femme se voit refuser le droit de percevoir des prestations de chômage ou une pension au moment de la rupture ou du décès ou ultérieurement.

4.3. L'économie informelle

4.3.1. Tour d'horizon

En Afrique, les travailleurs de l'économie informelle ne bénéficient pas d'une couverture de sécurité sociale complète. Des statistiques fiables sur le chômage et le travail informel font défaut pour la plupart des pays et, lorsqu'il en existe, elles ne sont généralement pas assorties de définitions de l'emploi, du chômage, du travail indépendant et de l'emploi informel. Cette situation pose un problème pour l'interprétation des données, les définitions officielles dissimulant souvent l'ampleur du chômage. Le simple recueil de données sur l'économie informelle est une entreprise ardue: bien que les statistiques publiées indiquent, par exemple, un taux de chômage de 8,8 pour cent au Mali et de 4,5 pour cent à Madagascar ou une part de l'emploi non agricole dans le secteur informel comprise entre 71 et 74 pour cent au Tchad, en Guinée, au Mali et au Mozambique, ces chiffres n'apportent guère d'éclairage sur les revenus d'activité et les capacités à cotiser à un régime d'assurance sociale formel ou de sécurité sociale informel.

Néanmoins, on observe des avancées sensibles dans la région en termes de fourniture de transferts sociaux sous forme d'aides en espèces ou de prestations en nature telles que nourriture, scolarisation et soins de santé. Des prestations non contributives peuvent être accordées aux indigents ou aux personnes qui ne disposent d'aucun moyen de subsistance ainsi qu'aux individus les plus vulnérables comme les orphelins, les femmes, les enfants pauvres, les personnes handicapées et les personnes âgées. Ces prestations sont financées par l'Etat ou, dans certains cas, par un apport temporaire des donateurs ou une aide d'organisations non gouvernementales internationales. Les avis d'experts tendent à montrer qu'en Afrique les transferts en espèces pourraient constituer le moyen le plus rationnel de toucher les populations les plus vulnérables et les plus pauvres, en particulier s'ils sont accordés sur une base universelle, systématique et régulière. Bien que les données sur les transferts soient disparates, celles dont on dispose corroborent l'idée selon

laquelle les transferts en espèces ont un impact important en termes de réduction de la pauvreté à l'échelon individuel et, souvent, à l'échelon des ménages.

4.3.2. Transferts sociaux: l'expérience africaine

Cette partie présente un rapide panorama d'expériences mises en œuvre en Afrique; des études de cas plus détaillées figurent en annexe I.

En *Afrique du Sud*, la mise en place d'un certain nombre de transferts sociaux a permis une extension de la couverture totale, environ 13 millions d'individus (soit quelque 25 pour cent de la population) étant désormais couverts. Le gouvernement *namibien* a également étendu la couverture, et il existe maintenant neuf programmes de transferts en espèces qui ciblent certaines catégories de la population identifiées comme vulnérables. Le *Botswana* a introduit une pension sociale en faveur des personnes âgées en 1997, et le *Lesotho* a aussi instauré une pension sociale universelle pour cette catégorie de la population en 2004.

L'*Erythrée* a introduit son programme de transferts en espèces en faveur des anciens militaires et des veuves en 1993. Le *Rwanda* est doté d'un modeste dispositif de transferts en espèces en faveur des soldats démobilisés, mis en œuvre par l'Etat et financé conjointement par l'Etat et les donateurs via un fonds administré par le PNUD. Les gouvernements du *Mozambique*, du *Swaziland*, de *Zambie* et du *Zimbabwe* ont mis en œuvre des programmes nationaux d'assistance sociale ciblant les indigents et/ou les personnes âgées.

Le *Botswana*, l'*Ethiopie*, le *Lesotho*, le *Malawi*, la *Namibie*, l'*Afrique du Sud*, la *République-Unie de Tanzanie* et un certain nombre d'autres pays ont mis en place (au moins à titre expérimental) des dispositifs de transferts en espèces en faveur des populations les plus vulnérables, en particulier sous forme d'allocations pour enfants ou d'allocations de placement en faveur des orphelins ou autres enfants vulnérables. Certains de ces dispositifs comprennent une aide en nature, consistant, par exemple, en vêtements ou fournitures scolaires. Le *Botswana*, le *Lesotho*, la *Namibie* et l'*Afrique du Sud* accordent des prestations d'invalidité. Certains pays d'Afrique ont travaillé en coopération avec les institutions internationales pour atténuer l'impact social des catastrophes. L'UNICEF a apporté son aide à l'*Ethiopie* durant les famines qui ont sévi entre 1983 et 1985 sous forme de transferts en espèces, dont près de 95 000 personnes vivant dans 18 900 ménages ont bénéficié. Récemment, l'UNICEF a apporté son assistance financière et technique pour le lancement de programmes pilotes de transferts en espèces au *Kenya*, au *Malawi* et en *Zambie*.

Les transferts sociaux publics sous forme de pensions sociales de vieillesse introduits dans des pays comme l'*Afrique du Sud*, par exemple, ont permis de faire progresser de 50 pour cent le revenu des 5 pour cent les plus pauvres de la population. En termes d'impact global sur la pauvreté, le système de sécurité sociale sud-africain, associé à d'autres transferts en espèces ciblant des catégories spécifiques de la population, a permis une diminution de «l'écart de dénuement» de 47 pour cent. L'impact positif des transferts en espèces mis en place à titre pilote avec le soutien des donateurs en *Namibie* et en *Zambie*, par exemple, corrobore l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience de ce type de mesures.

Au *Lesotho*, les données montrent que 18 pour cent des bénéficiaires de pensions sociales affectent leur pension à la création d'emplois rémunérés en espèces pour d'autres personnes. Selon les estimations du BIT, en *République-Unie de Tanzanie*, la mise en place d'un système non contributif de transferts sous forme de pension sociale réduirait la pauvreté de 40 pour cent (Gassmann et Behrendt, 2006).

En revanche, bien que des avancées aient été réalisées au *Mozambique*, leur ampleur semble jusqu'à présent être restée limitée: il existe plusieurs programmes de transferts en espèces – dont le Programme de subvention alimentaire qui, dans la pratique, se présente comme un transfert en espèces sous forme de pension sociale; un programme ciblant les personnes frappées par le VIH/sida; un programme visant à promouvoir la fréquentation scolaire –, mais ils ne touchent que 1 pour cent de la population, soit environ 200 000 familles².

En *Angola*, plusieurs programmes publics ciblant les enfants, les anciens combattants et les handicapés ont été mis en place dans le cadre de la Stratégie du gouvernement pour combattre la pauvreté, qui est elle-même une composante d'une stratégie de développement à moyen et long terme. Certains de ces programmes sont mis en œuvre en partenariat avec des organismes des Nations Unies ou avec un financement de la Banque mondiale (tel est, par exemple, le cas des programmes de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose); toutefois, les informations publiées n'indiquent pas dans quelle mesure ces programmes parviennent à toucher les populations les plus défavorisées.

En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, les régimes de transferts sociaux financés par l'Etat n'en sont qu'à leurs balbutiements et les informations disponibles sont rares. Au *Ghana*, le Programme LEAP de renforcement des moyens d'existence pour lutter contre la pauvreté (Livelihood Empowerment against Poverty) a été lancé en mars 2008 en réponse à la crise des prix alimentaires. Il devait toucher 53 000 ménages avant la fin 2008 (Ghana, 2008). Bien que son objectif soit de toucher 164 000 ménages en l'espace de cinq ans, il n'atteindra qu'un cinquième des personnes qui vivent en dessous du seuil d'extrême pauvreté (pauvreté alimentaire) (Sultan et Schrofer, 2008). En 2007, la *Sierra Leone* a introduit un programme baptisé «Filet de sécurité sociale» qui cible 16 000 ménages extrêmement vulnérables (Scott, 2008).

Le *Burkina Faso* a adopté un Plan national d'action sociale (PNAS) en avril 2007 et prépare actuellement un plan de mise en œuvre triennal. Le *Cap-Vert* a adopté une Stratégie nationale de protection sociale en 2006 et a instauré un régime de pension sociale. En 2007, le *Ghana* était en passe d'adopter aussi une Stratégie nationale de protection sociale et avait instauré un système national d'assurance-santé. Le *Mali* formule sa politique de protection sociale dans le cadre d'une politique de développement social plus large et accorde une grande importance à l'extension de la couverture de l'assurance-maladie aux populations pauvres à travers son nouveau système d'Assurance-maladie obligatoire (AMO) et le Fonds d'assistance médicale.

² Le programme mis en place au Mozambique présente toutefois des caractéristiques innovantes. Ainsi, le Programme de subvention alimentaire introduit ces dernières années se caractérise notamment par le fait que la prestation est calculée en fonction du nombre de personnes à charge vivant avec le bénéficiaire direct. Cette mesure a été adoptée pour tenir compte du nombre croissant d'enfants qui vivent avec des membres âgés de leurs familles en raison du VIH/sida. Le ministère des Femmes et des Affaires sociales (MMAS) a récemment défini une Stratégie nationale pour une sécurité sociale de base, dans le cadre de laquelle un Règlement pour la sécurité sociale de base (RBSS) reflétant étroitement les quatre types de transferts sociaux qui composent le socle de protection sociale a été adopté. L'une de ses composantes, baptisée *Action sociale directe*, comprend des transferts sociaux qui visent à répondre aux besoins des populations les plus vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de maladies chroniques et ménages comptant des orphelins et des enfants vulnérables) et à apporter une réponse aux situations de vulnérabilité transitoire. Les autres composantes sont l'*Action sociale pour la santé*, l'*Action sociale pour l'éducation* et l'*Action sociale productive*, qui comporte des dispositifs d'insertion sociale par le travail.

Le gouvernement du *Sénégal* a défini une Stratégie nationale de protection sociale qui vient s'ajouter à l'objectif consistant à étendre l'assurance-maladie à 50 pour cent de la population à l'horizon 2015 et qui comporte des mesures visant à assurer les populations rurales contre les risques de catastrophes naturelles.

Les études de cas présentées en annexe I montrent l'intérêt de certaines mesures de protection du revenu qui, associées à la protection sociale de la santé, comprennent en réalité des éléments du socle de protection sociale.

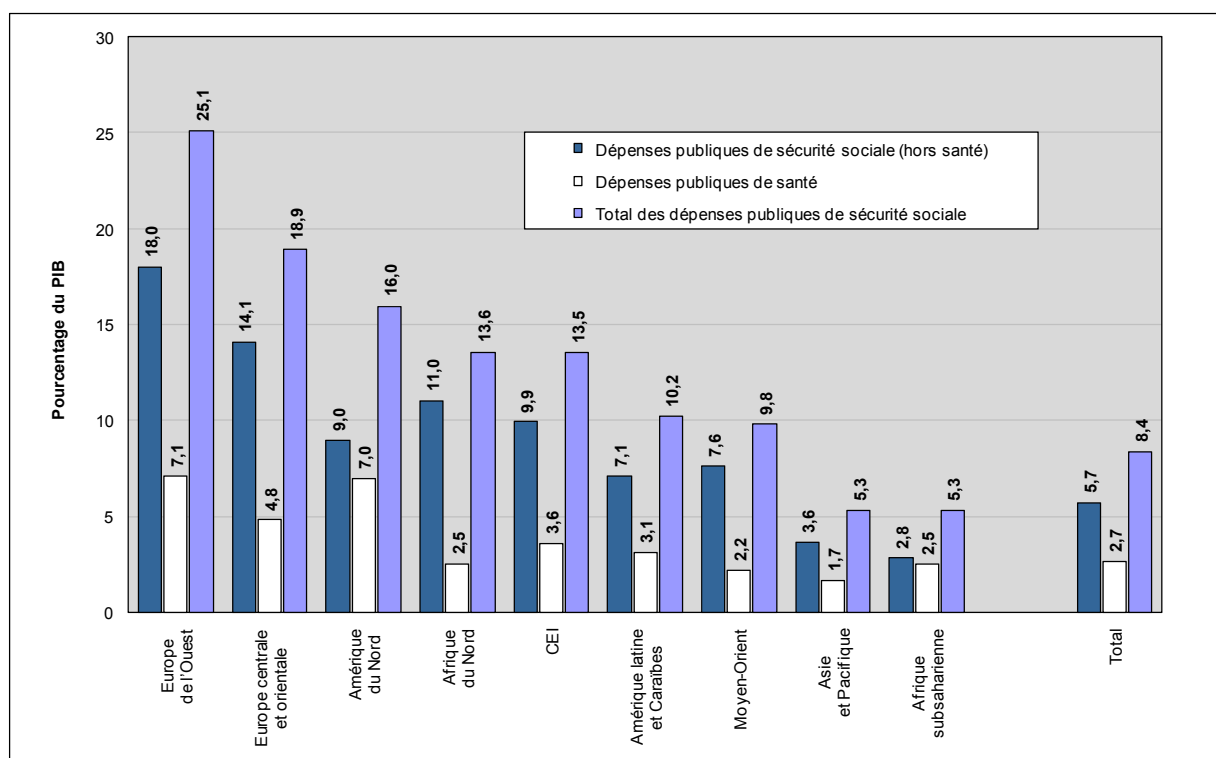
4.4. Financement

4.4.1. Aspects budgétaires

Les questions de l'accessibilité financière et du financement des régimes de sécurité sociale revêtent une complexité particulière en période de crise économique mondiale. L'analyse qui suit présente ces problématiques en les mettant en rapport avec, en particulier, les approches consistant à renforcer la protection des travailleurs de l'économie informelle présentées ci-dessus; elle comporte néanmoins des aspects qui concernent aussi les stratégies visant l'économie formelle.

En Afrique, il existe un consensus fort sur la nécessité impérieuse d'étendre les dispositifs de protection sociale pour en faire bénéficier toutes les personnes les plus défavorisées, exposées aux risques et vivant dans la pauvreté. Malgré cette reconnaissance du rôle qu'elle joue, les ressources nationales allouées à la protection sociale sont généralement très inférieures aux besoins réels. Un examen des dépenses totales de protection sociale en Afrique subsaharienne (BIT, 2010a) montre que le budget consacré à la sécurité sociale ne dépasse pas 4 à 6 pour cent du PIB (après pondération par la population) et que, sur cette somme, la part consacrée aux soins de santé est supérieure à celle affectée aux transferts en espèces (voir graphique 4.4). Il s'agit là de l'enveloppe budgétaire la plus faible du monde. Toutefois, les données ventilées par pays révèlent l'existence de disparités importantes entre les pays en ce qui concerne les ressources nationales consacrées à la sécurité sociale et les caractéristiques des dépenses.

Graphique 4.4. Total des dépenses publiques de sécurité sociale, par région, pondérées par la population, dernière année disponible (pourcentage du PIB)



Sources: Base de données du BIT sur la sécurité sociale; BIT, 2009f, 2010a.

Lors de l'introduction progressive de réformes de la protection sociale visant à combler les lacunes recensées et à agir dans les domaines prioritaires identifiés, il est essentiel que les projets soient mis en œuvre dans le cadre des ressources financières et budgétaires dont disposent les pays, selon des modalités qui soient viables et qui assurent l'équité «verticale» (équité garantie par des subventions croisées des riches au profit des pauvres via une fiscalité redistributive) et l'équité «horizontale» (qui garantit que tous les individus présentant une certaine forme de vulnérabilité ou exposés à un certain type de risque bénéficient d'un traitement équitable, conduisant à des résultats similaires).

Les études de cas nationales détaillées présentées en annexe I du présent rapport montrent qu'il est important, d'une part, qu'existe une volonté politique forte de parvenir à réformer et à étendre la protection sociale et, d'autre part, que des ressources financières adaptées soient allouées à la sécurité sociale via le budget national. Si la détermination politique n'a pas pour corollaire des dotations budgétaires suffisantes, les taux de couverture seront faibles, ce qui perpétuera la pauvreté et l'exclusion sociale et économique. Il ressort des données empiriques que les pays qui ont su adopter la stratégie duale consistant à investir dans des dispositifs de protection sociale tout en adoptant des mesures incitatives pour soutenir la croissance économique sont ceux qui ont obtenu les résultats les plus proches de leurs objectifs en termes de développement humain et de croissance économique. En Afrique, le *Botswana* et l'*île Maurice* en sont une illustration. Les dotations budgétaires et les objectifs en matière d'échanges commerciaux et d'industrie doivent être intégrés aux politiques conduites dans les domaines de la santé, de l'éducation et des transferts de revenus. Les études réalisées par le BIT (2008b) sur le coût de la mise en place d'un ensemble de prestations sociales de base dans les pays à faible revenu d'Afrique montrent qu'un ensemble constitué de soins de santé essentiels, d'une pension universelle, de prestations pour enfants et de mesures d'assistance sociale ciblées serait abordable et viable, éventuellement avec le soutien, au départ, des partenaires internationaux. Le tableau 4.1 présente des estimations de coût pour l'une des composantes

d'un tel ensemble, en l'occurrence un transfert en espèces ciblant les 10 pour cent les plus pauvres de la population.

Tableau 4.1. Coût de la fourniture d'un transfert social égal à 0,50 dollar par jour (PPA) aux 10 pour cent de ménages les plus pauvres en Afrique

Pays	Coût de la prestation (millions de dollars E.-U.)	En % du PIB	En % des dépenses publiques estimées	En % de l'aide au développement
Burkina Faso	13,4	0,3	1,8	3,0
Cameroun	27,8	0,2	1,2	3,1
Ethiopie	50,8	0,7	2,4	3,4
Guinée	6,3	0,2	0,7	2,7
Kenya	77,2	0,5	1,7	16,0
Sénégal	10,4	0,1	0,6	2,3
Tanzanie, Rép.-Unie de	82,4	0,7	3,1	4,9

Source: Pal, 2005.

Les coûts ont été calculés pour un ensemble comprenant des prestations familiales de base, l'accès universel aux soins de santé essentiels, un régime d'assistance sociale/dispositif d'aide à l'emploi d'une durée de cent jours destiné aux pauvres en âge de travailler et des pensions universelles de vieillesse et d'invalidité de base. Selon le BIT, le coût annuel brut initial (hors accès aux soins de santé essentiels qui, dans une certaine mesure, est déjà financé) serait compris entre 2,2 et 5,7 pour cent du PIB en 2010 (BIT, 2010a).

Bien que cette estimation des coûts montre clairement que les fonds nécessaires peuvent être trouvés, y compris dans les pays à faible revenu, une comparaison, même rapide, avec les niveaux d'investissement actuels montre l'ampleur de l'écart à combler. Des efforts considérables doivent être déployés, d'abord pour identifier de façon analytique les solutions envisageables pour combler cet écart, puis pour mettre les mesures nécessaires en place. Ces solutions varieront selon les pays, en raison non seulement de différences dans la structure des budgets et des affectations de ressources et dans l'utilisation de ressources extérieures, mais aussi de disparités au niveau de l'assiette des recettes fiscales et de l'ampleur des augmentations possibles. Bien qu'il soit essentiel de faire le meilleur usage possible des sources de recettes traditionnelles, il est aussi important de rechercher de nouvelles solutions dans le cadre du contexte budgétaire et macroéconomique du continent africain; au nombre de ces solutions innovantes pourraient par exemple figurer des recettes fiscales affectées et l'imposition de l'exploitation des ressources minérales. L'apport d'une aide au développement prévisible peut également contribuer de façon décisive à créer l'espace budgétaire nécessaire au financement d'une protection sociale de base.

4.4.2. Niveau et revalorisation des prestations

Jusqu'à présent, la nécessité de réviser le montant des pensions et autres prestations pour préserver leur valeur réelle face à l'inflation des prix a suscité relativement peu d'intérêt dans la région. Dans les pays qui procèdent à ces revalorisations, les mécanismes utilisés sont divers: au *Cap-Vert*, la révision intervient tous les douze mois, tandis qu'au *Tchad* elle se fait via un décret spécial; au *Mali*, les revalorisations suivent les hausses du salaire minimum et, en *Côte d'Ivoire*, lorsqu'elles ont lieu, elles se font en fonction de l'existence de ressources. Dans certains cas, les revalorisations les plus récentes ont été faites en remontant jusqu'aux années quatre-vingt-dix. Le droit à la protection sociale, notamment à travers des régimes contributifs, est sérieusement compromis lorsque les

prestations versées ne sont pas suffisantes pour protéger efficacement de la pauvreté et permettre aux bénéficiaires de pourvoir à leurs besoins élémentaires sans risquer de s'appauvrir encore. Or, dans beaucoup de régimes, la majorité des pensionnés ne perçoivent qu'une pension minimale forfaitaire, souvent insuffisante pour leur permettre de se hisser au-dessus du seuil de pauvreté.

Les disparités entre pays en matière de congé de maternité (et, dans quelques cas, comme au *Mali*, de congé de paternité) constituent une autre illustration de la question de l'adéquation des prestations. Certains pays, comme le *Tchad*, la *Côte d'Ivoire*, *Madagascar* et le *Mali*, ont instauré un éventail de prestations intéressantes pour les femmes salariées (allocations prénatales, de naissance, pour enfants et/ou de maternité, par exemple), mais ces prestations sont soumises à conditions, par exemple à des conditions d'ancienneté ou à l'obligation de se soumettre à un suivi médical.

4.5. Conclusions

Malgré d'importantes avancées sur le plan de l'instauration de la sécurité sociale en tant que stratégie de réduction de la pauvreté, de larges couches de la population demeurent dépourvues de toute forme d'aide dans l'ensemble de la région. D'énormes lacunes dans la couverture par l'assistance sociale fournie par l'Etat privent de tout soutien la population la plus vulnérable et les individus exposés au risque de s'enfoncer dans une pauvreté profonde (ou plus profonde). Sur les 30 millions d'orphelins recensés en Afrique subsaharienne, dont la plupart sont devenus orphelins en raison du VIH/sida, 1 million seulement bénéficie d'une forme d'aide. Le versement d'allocations sociales aux personnes âgées pauvres, aux enfants qui vivent dans des ménages pauvres et aux personnes handicapées aurait, sur le plan du développement économique et social, des effets qui permettraient une réduction de la pauvreté et un accès de la population à l'autonomie et favoriseraient une croissance économique soutenue.

Comme le souligne Kaseke (2008), en Afrique, la faible couverture de la population la plus pauvre et le caractère rudimentaire des programmes d'assistance sociale s'expliquent en grande partie par l'insuffisance des budgets alloués à la protection sociale. De ce fait, seul un petit nombre des bénéficiaires visés reçoit une aide, et cette aide est souvent limitée et de courte durée. Pourtant, selon les estimations du BIT, le fait de garantir une pension de vieillesse et une pension d'invalidité de base, des prestations familiales de base et des prestations d'assistance sociale aux travailleurs pauvres absorberait, en moyenne, moins de 4 pour cent du PIB, ce qui montre que beaucoup d'autres initiatives pourraient être prises dans ce domaine et rend encore plus impératif l'adoption de mesures appropriées par les gouvernements des pays africains (Wiman, Voipio et Ylonen, 2007).

5. Nouvelles solutions stratégiques et nouveaux défis

5.1. Une logique de résultat

Il existe un consensus large sur l'idée que l'expansion de la sécurité sociale en Afrique constitue un moyen de faire reculer la pauvreté et une forme d'investissement dans l'avenir. Fin octobre 2008, plus de 38 gouvernements africains avaient exprimé une détermination politique forte à développer la protection sociale dans leur pays (Union africaine, 2008b; HelpAge, 2008). Il s'agit là d'une avancée majeure sur la voie de la promotion de l'expansion de la protection sociale et de l'instauration progressive du socle de protection sociale.

Toutefois, cette détermination fléchit dès lors qu'il est question de mise en œuvre pratique et de solutions à adopter pour introduire les changements nécessaires dans chaque pays. L'optique choisie est incertaine, allant de l'adoption de mécanismes pour identifier les groupes les plus vulnérables (plus particulièrement parmi les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées) et cibler les services sur ces groupes à des recommandations en faveur des stratégies de réduction de la pauvreté à plus long terme permettant d'éliminer les obstacles à l'accès à la santé, à l'éducation et aux services tout en favorisant le travail décent et le développement de l'infrastructure sociale. L'OIT et l'Union africaine plaident en faveur d'une approche fondée sur l'idée que les gouvernements n'ont pas nécessairement à analyser leurs choix en matière de protection sociale (du moins à moyen et long terme) en termes d'arbitrage entre satisfaction des besoins sociaux et réduction des coûts. Il est possible de répondre aux besoins des populations les plus vulnérables et les plus exposées aux risques et de celles en situation de pauvreté chronique et structurelle. La mise en place d'une panoplie de politiques et programmes est envisageable et abordable pour les pays d'Afrique, si ces politiques et programmes reposent sur la mise en œuvre progressive, par étapes, du socle de protection sociale.

Ce qui importe, ce sont les résultats des stratégies nationales de sécurité sociale mises en œuvre, et non les moyens et les solutions qu'utilisent les pays pour les obtenir. Ces moyens peuvent et doivent être aussi diversifiés que la situation des différents pays. Par conséquent, l'approche suivie – naturellement dans le cadre du mandat de l'OIT tel qu'il est défini dans sa Constitution et transparaît dans les conventions et recommandations – est donc essentiellement pragmatique, axée sur la recherche de résultats sociaux optimaux plutôt que sur la tenue de longues discussions théoriques inutiles sur les procédés et méthodes utilisés pour obtenir ces résultats.

Conformément à cette logique de résultat, les principaux aspects que l'OIT cherche à promouvoir et à évaluer dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre d'un système national de sécurité sociale peuvent être résumés comme suit:

- **Couverture universelle** des systèmes de sécurité du revenu et de la santé: tous les résidents (permanents et temporaires) d'un pays devraient avoir accès, quel que soit leur sexe, à un niveau adéquat de prestations élémentaires qui leur assure une sécurité du revenu et des soins médicaux complets.
- **Prestations et protection contre la pauvreté en tant que droits**: les conditions d'ouverture des droits devraient être définies précisément, de façon à ce que les droits des résidents ou des cotisants soient prévisibles; les prestations devraient protéger efficacement les personnes contre la pauvreté; si elles sont fondées sur des cotisations ou sur des recettes fiscales affectées, leurs montants minimaux devraient être

conformes à la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, ou à des conventions plus récentes prévoyant un niveau de protection supérieur, comme le Code européen de sécurité sociale du Conseil de l'Europe.

- **«Équivalence actuarielle» collective¹ du montant des cotisations et du montant des prestations:** les prestations servies aux membres d'un régime devraient correspondre à la fois à un taux de remplacement minimal et, dans le cas des régimes d'épargne, à un taux de rendement minimal, reflétant ainsi correctement le montant global des cotisations versées; ces montants minimaux devraient être efficacement garantis, de préférence par l'Etat.
- **Stabilité du financement:** les modalités de financement des régimes devraient en assurer, autant que possible, la viabilité et la pérennité financières à long terme, et ce en ménageant une marge budgétaire adéquate, tant à l'ensemble du système de sécurité sociale du pays qu'aux différents régimes pris individuellement.
- **Responsabilité de la gouvernance:** l'Etat devrait demeurer le garant ultime des droits à la sécurité sociale, tandis que les financeurs/cotisants et les bénéficiaires devraient participer à la gouvernance des régimes et programmes.

La partie suivante a pour objectif de définir une stratégie générale de référence pour la conception de systèmes de sécurité sociale adaptés, efficaces et efficients en Afrique et pour la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous de l'OIT.

5.2. Ebauche de stratégie de référence

Compte tenu des principes ci-dessus et de l'analyse factuelle de la situation et des performances de la sécurité sociale en Afrique, d'un point de vue théorique, la stratégie de la campagne pour l'extension de la sécurité sociale peut être vue comme une stratégie à deux dimensions (reflétant en réalité l'approche bidimensionnelle de l'équité déjà évoquée). La première dimension consiste à étendre à l'ensemble de la population certains dispositifs de sécurité de revenu et d'accès aux soins de santé, même s'ils n'offrent que des garanties élémentaires. Cette dimension peut être qualifiée d'extension *«horizontale»*. La seconde dimension vise à améliorer le niveau des prestations de sécurité du revenu et à permettre l'accès à des soins de meilleure qualité pour que les individus puissent préserver leur niveau de vie même en cas de réalisation de risques majeurs tels que le chômage, la maladie, l'invalidité, la perte du chef de famille et la vieillesse. Il s'agit de la dimension *«verticale»* de l'extension.

5.2.1. La dimension horizontale

La recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944, complète la description de l'objectif des régimes de sécurité du revenu. Par exemple:

¹ L'expression «équivalence actuarielle» fait partie de celles qui n'ont pas de définition universellement admise, ce qui en fait une notion quelque peu controversée à laquelle il ne faut peut-être pas attribuer une signification technique trop précise. Il n'en reste pas moins que, même s'il est difficile de l'exprimer en un seul terme, cette notion est importante: schématiquement, elle signifie que, collectivement et à long terme, les membres d'un régime de sécurité sociale, en particulier d'un régime de pension, doivent avoir l'impression que le mode de calcul des prestations qui leur seront attribuées reflète équitablement le montant de leur apport au régime sous forme de cotisations.

Tout régime de garantie des moyens d'existence devrait soulager le besoin et prévenir l'indigence, en rétablissant jusqu'à un niveau raisonnable les moyens d'existence perdus en raison de l'incapacité de travailler (y compris la vieillesse) ou d'obtenir un emploi rémunérateur ou en raison du décès du soutien de famille (paragr. 1).

La question de savoir ce qui constitue un «niveau raisonnable» demeure ouverte. Elle est pertinente aussi bien pour la définition de la sécurité du revenu de base que pour celle des soins de santé essentiels. Elle est liée aux besoins, par exemple en matière de services de santé, mais aussi aux choix politiques et à l'issue des discussions sur l'accessibilité financière au niveau national. Malgré un besoin manifeste de sécurité du revenu et d'accès aux soins de santé et l'établissement du droit universel à la sécurité sociale, l'exclusion de la couverture reste un phénomène très courant dans le monde, en particulier en Afrique, comme expliqué plus précisément dans d'autres parties du présent document.

Toutefois, le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination a, dans une initiative renforcée par le Pacte mondial pour l'emploi de l'OIT, défini une nouvelle approche pour répondre au besoin d'extension horizontale à travers la promotion d'un ensemble de garanties de sécurité sociale élémentaires dans le cadre plus vaste d'un socle de protection sociale. Ce concept, qui reprend les recommandations de la Réunion régionale africaine organisée par l'OIT en 2007, est la pierre angulaire du cadre d'action présenté de façon plus détaillée dans la partie 5.3 ci-après.

5.2.2. La dimension verticale

Le concept de socle de protection sociale constitue une approche fondamentale pour résoudre la question de l'extension «horizontale» de la couverture parmi les individus vulnérables et exclus, notamment ceux qui travaillent dans l'économie informelle. Les pays dont le niveau de développement est faible ne peuvent pas, à court terme, offrir une protection sociale complète conforme aux critères de niveau de prestations et de gamme de risques couverts définis dans les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale.

A mesure que les pays atteindront un niveau de développement économique plus élevé – acquérant ainsi une marge de manœuvre budgétaire –, il faut s'attendre à ce qu'ils prennent des mesures, dans le cadre des conventions de l'OIT², pour relever leur niveau de protection sociale en conséquence. L'objectif sera alors d'édifier un niveau supérieur, offrant des perspectives plus larges, au lieu de se contenter du niveau de base.

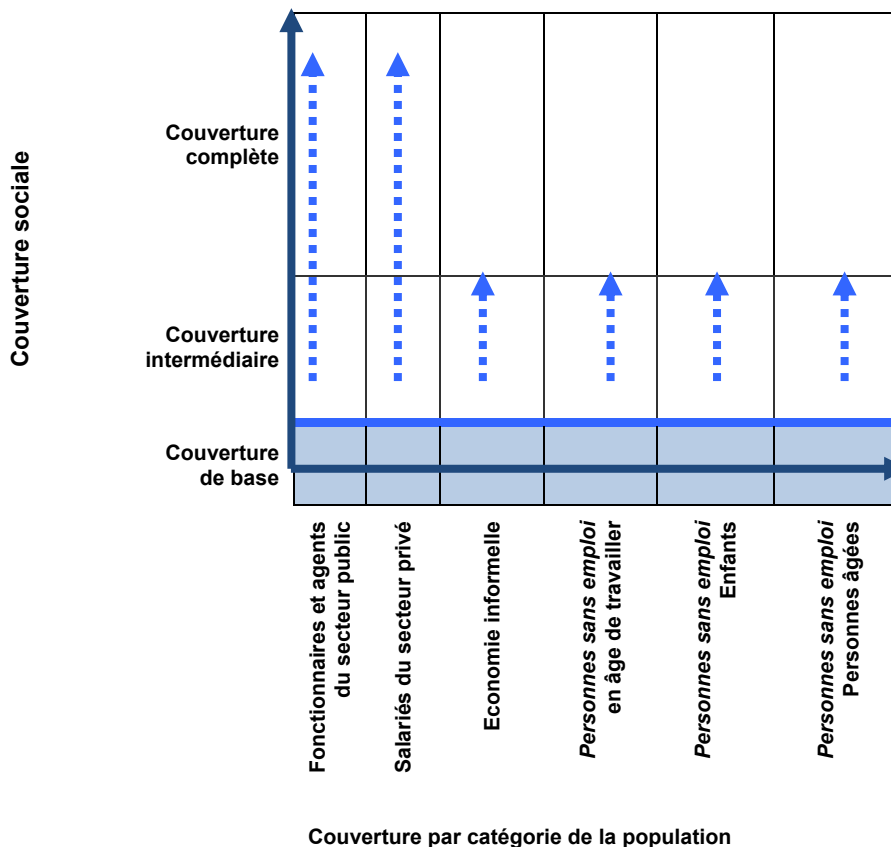
A l'évidence, les catégories de la population qui disposent de revenus supérieurs au seuil de pauvreté essaieront et ont le droit d'instaurer pour elles-mêmes des mesures de sécurité sociale offrant, en cas de perte de revenu, un revenu de remplacement nettement plus élevé que celui jugé adéquat dans le cadre d'une simple protection contre la pauvreté. Les mécanismes permettant d'atteindre de tels niveaux de remplacement du revenu ou d'accéder à des soins de qualité sont assez bien développés, allant de l'assurance sociale – sous forme de systèmes de protection à base communautaire et de régimes à prestations définies financés par l'impôt – à l'assurance privée obligatoire. Les conventions de l'OIT précisent des niveaux de prestations minimaux et contribuent donc à favoriser un remplacement du revenu efficace dans les pays qui les ont ratifiées. Pour les autres pays, elles fournissent un ensemble sans équivalent de niveaux de prestations minimaux internationalement admis qui peuvent servir de référence pour évaluer les caractéristiques des systèmes de sécurité sociale nationaux.

² La convention n° 102 et les conventions adoptées par la suite, qui fixent des niveaux de protection plus élevés eu égard aux différents risques.

5.2.3. La sécurité sociale vue comme un escalier

La métaphore qui émerge ainsi pour décrire l'extension de la couverture consiste à comparer la sécurité sociale à un «escalier». La première marche est constituée d'un ensemble de garanties de base destinées à l'ensemble de la population. Pour les individus qui ont la capacité de payer des impôts ou des cotisations, une deuxième marche, composée de prestations ayant le statut de droits (définis et protégés par la loi par la définition de niveaux minimaux) pourrait être édifiée; enfin, pour ceux qui ont besoin de niveaux de protection élevés ou souhaitent de tels niveaux, une «marche supérieure», constituée de systèmes d'assurance privée volontaires, pourrait être mise en place (ce palier serait cependant soumis à une réglementation et à une surveillance publique comme tous les régimes d'assurance privés). Cette métaphore peut s'appliquer à tous les pays, quel que soit leur niveau de développement, même si les personnes ayant les garanties de base pour seule protection sont naturellement plus nombreuses dans les pays dont le niveau de développement économique est faible.

Graphique 5.1. La sécurité sociale vue comme un escalier



5.3. Un ensemble minimum de garanties de sécurité sociale conçu comme une composante du socle de protection sociale

Soulignant que les niveaux d'exclusion sont actuellement élevés, la Conférence internationale du Travail, réunie dans sa 89^e session en 2001, a déclaré dans ses conclusions sur la sécurité sociale que «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». Puis, dans le droit-fil de cette déclaration, lors de sa 91^e session (en 2003), elle a lancé la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous dans le but de promouvoir l'extension de la couverture.

S'agissant de la concrétisation de l'objectif qui consiste à garantir une sécurité de revenu à tous, notamment une protection financière contre les dépenses de santé catastrophiques, et un accès aux services de santé, l'OIT, tout en tenant compte du fait que les pays en développement sont soumis à de fortes contraintes financières, recommande à ces pays de commencer par tenter de mettre en place un ensemble modeste de garanties de sécurité sociale de base.

En ce qui concerne la sécurité du revenu, les garanties de sécurité sociale envisagées consistent à offrir une sécurité du revenu à ceux qui ne peuvent pas ou ne devraient pas travailler, en particulier à offrir une protection aux enfants (associée à d'autres mesures destinées à leur permettre d'accéder plus facilement à la santé, à l'alimentation et à l'enseignement), aux femmes enceintes, aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Parallèlement, cette aide au revenu doit être associée à des garanties en matière d'emploi et/ou d'autres mesures pour l'emploi en faveur des individus qui sont capables et désireux de travailler mais sont exclus de l'accès à tout emploi susceptible de leur procurer un revenu suffisant.

La mise en place de garanties de sécurité du revenu en faveur des catégories de la population qui ont des besoins spéciaux constitue une grande avancée vers la réalisation de l'objectif global³. L'octroi aux ménages d'une aide spécifique pour l'entretien des enfants est motivé par la nécessité d'assurer le bien-être des enfants à charge. Les personnes âgées et handicapées, généralement dans l'incapacité de se procurer un revenu suffisant en travaillant, sont directement tributaires d'une aide au revenu pour vivre dignement et doivent, par conséquent, faire l'objet d'une attention particulière. Quant à la population en âge de travailler, la sécurité du revenu doit la protéger du dénuement lié au manque de débouchés suffisamment lucratifs ou au chômage. Les garanties de sécurité du revenu doivent aller de pair avec des politiques destinées à faciliter l'accès à des activités ou emplois rémunérés dans le cadre plus large de l'Agenda du travail décent⁴. Une telle segmentation présente de surcroît l'avantage de faciliter une mise en œuvre progressive de l'ensemble de garanties de base, selon les priorités et capacités de chaque pays.

S'agissant des soins de santé, s'il importe que les systèmes de sécurité sociale garantissent une protection financière contre les dépenses de santé catastrophiques, il faut aussi, lors de la définition au niveau national du contenu de l'ensemble des soins de santé essentiels, tenir compte des besoins particuliers des différents groupes qui composent la population (enfants, femmes, personnes âgées, etc.), l'objectif ultime étant de respecter les exigences des conventions n^{os} 102 et 130 de l'OIT.

Schématiquement, l'ensemble élémentaire de garanties promu par l'OIT doit permettre de parvenir à une situation dans laquelle:

- tous les résidents disposent de la protection financière nécessaire pour avoir les moyens d'accéder et pour accéder effectivement à un ensemble de soins de santé essentiels défini à l'échelle nationale et au sujet duquel l'Etat reconnaît avoir la responsabilité d'assurer l'adéquation des systèmes de financement et de fourniture de prestations, lesquels reposent (généralement) sur une base pluraliste;

³ Cet objectif est celui énoncé par la CIT dans sa déclaration de 2001, selon laquelle «tous» devraient être couverts.

⁴ Pour ce groupe, la sécurité du revenu est donc censée jouer un rôle facilitateur, en offrant aux bénéficiaires des possibilités d'acquérir des formes d'autonomie propres à renforcer leur capacité à faire face aux risques et à pourvoir à leurs propres besoins.

-
- tous les enfants bénéficient d'un revenu garanti égal au minimum au seuil de pauvreté national grâce à des prestations familiales/pour enfants destinées à faciliter l'accès à l'alimentation, à l'enseignement et aux soins;
 - tous les groupes en âge de travailler qui ne sont pas en mesure de se procurer un revenu suffisant sur le marché du travail bénéficient d'une sécurité de revenu grâce à des systèmes d'assistance sociale ou de transferts sociaux (comme les systèmes de transfert de revenu en faveur des femmes durant les dernières semaines de leur grossesse et les premières semaines suivant l'accouchement) ou des dispositifs de garantie de l'emploi;
 - tous les résidents âgés ou handicapés⁵ disposent d'une sécurité de revenu correspondant au minimum au seuil de pauvreté national grâce à des pensions de vieillesse ou d'invalidité.

Pour chaque garantie, il convient de définir le niveau des prestations et l'étendue de la population couverte (déterminée, par exemple, par l'âge d'ouverture des droits à une pension sociale) en tenant compte de la situation nationale (marge budgétaire potentielle, structure et tendances démographiques, répartition du revenu, incidence de la pauvreté et écart de pauvreté, etc.), des impératifs politiques, des caractéristiques des groupes à couvrir et des résultats attendus. Toutefois, le niveau des prestations ne doit en aucun cas être inférieur à un minimum garantissant un accès à un ensemble élémentaire de denrées alimentaires et autres biens et services essentiels. L'utilisation d'outils de modélisation peut faciliter l'évaluation des coûts et des implications budgétaires de différents scénarios de prestations. Les données sur les résultats obtenus par d'autres pays ayant mis en œuvre des initiatives similaires et l'utilisation de techniques de microsimulation pourraient faciliter la prise de décisions à l'échelon national.

Si le contenu de l'ensemble des prestations de santé doit être défini à l'échelon national, il est important, pour atteindre l'objectif général de protection sociale de la santé, de définir des niveaux minimaux. Les ensembles de prestations doivent être conçus non seulement en tenant compte de grandes priorités, mais aussi dans une optique d'équité et d'accessibilité financière et en prenant en considération les besoins, attentes et perceptions des individus⁶. Sans perdre de vue le principe d'universalité, il importe de définir cet ensemble en visant, de façon intégrée, les plus vulnérables; des interventions ciblées peuvent se révéler nécessaires. Dans ce contexte, une approche «standard» sera vraisemblablement insuffisante et inefficace et ne permettra pas d'atteindre l'objectif général de protection sociale de la santé⁷. Les ensembles de prestations doivent comporter une protection financière – qui s'ajoute à l'accès effectif aux soins de santé – visant à

⁵ C'est-à-dire présentant un handicap qui les exclut du marché du travail.

⁶ Cela suppose: a) de couvrir les besoins sanitaires en fonction du profil et de l'importance de la charge de morbidité; b) de répondre aux exigences en matière de qualité et aux attentes; c) de définir les prestations en termes de soins primaires, de soins secondaires (de soins tertiaires lorsqu'ils existent) et de soins préventifs; d) de garantir le droit légal à la santé, au congé de maladie et au congé de maternité.

⁷ Il convient d'accorder de l'importance au traitement des maladies chroniques, notamment aux soins de longue durée, et à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. La réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans compte parmi les plus grands défis à relever par la protection sociale de la santé à l'échelle mondiale. Selon l'édition 2005 du *Rapport sur la santé dans le monde* (OMS, 2005), 11 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année. En outre, 500 000 femmes décèdent de causes liées à la maternité. Il faut aussi couvrir les maladies négligées et répondre aux préoccupations des minorités.

protéger les populations pauvres et à éviter que les services de santé ne soient sous-utilisés⁸. Les questions touchant à la définition de l'accès effectif aux soins de santé sont abordées dans le chapitre 3.

Pour lutter contre l'exclusion de la sécurité sociale, il faut que les prestations fassent l'objet d'une garantie sociale efficace. Dans bon nombre de pays, cette garantie fait partie d'un contrat social, qui peut être implicite ou explicite (il peut par exemple être contenu, comme c'est souvent le cas en ce qui concerne les prestations de santé, dans la Constitution du pays) ou revêtir une autre forme juridique. Malgré l'existence de ce type d'engagement, il n'existe pas toujours de garanties explicites ou de mécanismes efficaces pour permettre aux individus de faire valoir leurs droits. Bien souvent, il s'ensuit que de nombreux membres de la société sont exclus du bénéfice des prestations sociales. Pour éviter une telle situation, il est proposé que l'ensemble de prestations soit garanti par l'Etat et que tous les bénéficiaires potentiels (c'est-à-dire, dans le cas des prestations de santé, tous les membres de la société) aient l'assurance d'en bénéficier grâce à un financement pérenne, à une réglementation et un suivi adaptés et à l'instauration de voies de recours à utiliser en cas de refus de la garantie.

En résumé, si la raison d'être de l'introduction d'un ensemble élémentaire de garanties de sécurité sociale repose sur la notion de droits, le niveau et la portée des prestations dans un pays donné, quel qu'il soit, dépendent à la fois des besoins et de la capacité de financement propres à chaque pays. Il n'en reste pas moins qu'aucun débat sur les garanties ne peut faire abstraction de la question de l'accessibilité financière. S'il importe de reconnaître la nature politique et normative de cette notion, il faut aussi tenir compte de ce que les pays en développement sont soumis à des contraintes réelles et fortes en matière de ressources.

La reconnaissance de la réalité budgétaire passe notamment par la définition d'un niveau adéquat de prestations et d'un ordre de priorité pour l'introduction de ces prestations. La formulation d'une stratégie nationale de sécurité sociale tournée vers l'avenir et l'identification des besoins prioritaires peuvent permettre d'établir plus facilement l'ordre dans lequel les divers instruments d'intervention et programmes sociaux doivent être mis en œuvre, ce qui peut se révéler très utile lorsqu'il n'est pas possible de mettre en place en une seule fois l'intégralité des garanties de sécurité sociale et avoir ainsi des effets positifs immédiats en termes de réduction de la pauvreté, de croissance économique profitable aux pauvres et de développement social. Une telle stratégie garantit que les instruments d'intervention et programmes sociaux sont intégrés à des politiques de développement plus larges. A mesure que les pays atteignent un niveau de développement plus élevé, ils peuvent, en parallèle, faire évoluer leurs systèmes de sécurité sociale, en élargissant la population visée et en relevant le niveau et la qualité des prestations et services fournis.

5.4. L'accessibilité financière de la sécurité sociale pour les pays en développement d'Afrique

La question de savoir si les systèmes de protection sociale sont abordables et viables sur les plans financier, budgétaire et économique est devenue une préoccupation majeure des pays, quel que soit leur niveau de développement. C'est pourquoi quelques observations s'imposent pour réfuter l'idée selon laquelle les pays en développement ne pourraient pas se permettre de mettre en place des systèmes de transferts sociaux

⁸ Cette protection suppose de réduire le partage des coûts, les paiements directs, les coûts indirects comme les frais de transport et les dépenses de santé catastrophiques.

redistributifs. Les données disponibles, qu'elles soient issues d'études financières ou de l'expérience réelle des pays, montrent que même les pays qui en sont aux premiers stades de développement économique peuvent se permettre un certain niveau de protection sociale.

Malgré les effets positifs qu'ils peuvent avoir en termes de stabilisation sociale et économique, les investissements dans la sécurité sociale n'ont pas été analysés comme constituant une composante importante des stratégies de développement mises en œuvre dans les pays à faible revenu, alors même que bon nombre de ces pays connaissaient déjà une crise sociale prolongée lorsque la crise économique mondiale en cours s'est déclenchée. Apparemment, la plupart des gouvernements se sont contentés de partir du principe que les transferts sociaux représentaient une charge trop lourde pour des économies en développement et compromettraient la croissance. Or de très nombreux arguments économiques plaident en faveur de l'idée selon laquelle il faut dégager des ressources pour investir dans la sécurité sociale. A noter que, dans l'édition 2005 de son *Rapport sur le développement dans le monde*, la Banque mondiale reprend la thèse selon laquelle la pauvreté met la sécurité en péril et le manque de sécurité crée un climat défavorable à l'investissement. Incontestablement, la productivité est une caractéristique d'individus qui jouissent d'un minimum de sécurité matérielle et peuvent de ce fait se permettre de prendre le risque d'entreprendre, de personnes en bonne santé, qui ne souffrent pas de la faim et qui ont été scolarisées jusqu'à un niveau convenable. Un pays qui ne dispose pas de régimes de transferts sociaux de base propres à favoriser la santé, une alimentation adéquate et un degré de stabilité sociale satisfaisant ne peut tout simplement pas libérer l'intégralité de son potentiel productif.

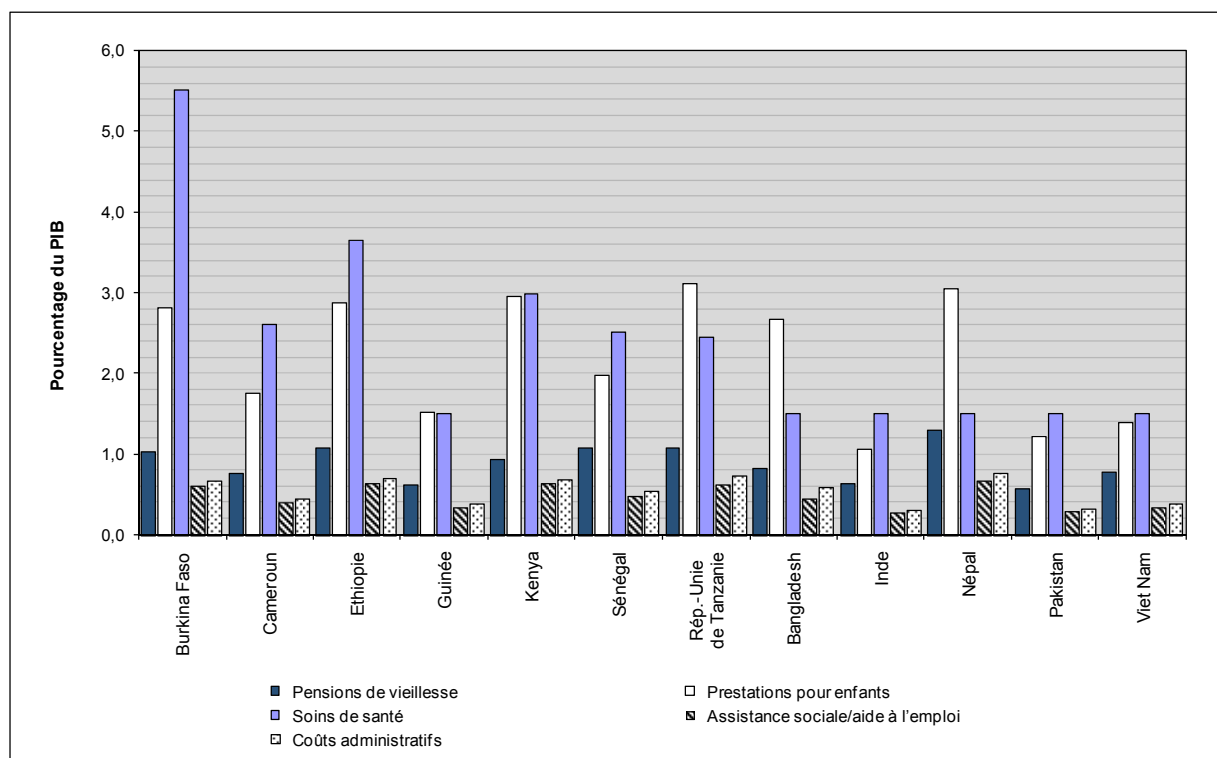
Le montant des ressources publiques allouées à la sécurité sociale a une incidence sur le niveau de la couverture effective et sur les résultats sociaux. L'exemple des soins de santé est éloquent à cet égard. Il est possible de prouver, en se fondant sur les taux de mortalité de différents pays, qu'il existe une corrélation statistiquement significative entre le rapport des paiements directs aux dépenses publiques de santé et divers indicateurs de mortalité (dont le taux de mortalité des adultes, le taux de mortalité des enfants et l'espérance de vie en bonne santé). Si les paiements directs privés ne sont pas complétés par des dépenses publiques de santé (dépenses de l'Etat et des régimes de sécurité sociale) plus élevées, il faut s'attendre à ce que la mortalité soit plus forte et l'espérance de vie en bonne santé plus courte. Il en va de même pour les dépenses de prestations en espèces destinées à offrir une sécurité du revenu pendant la vieillesse ou en cas d'invalidité, de chômage, etc. Il existe une forte corrélation entre le montant des budgets qu'un pays consacre aux prestations de sécurité sociale et la pauvreté et autres indicateurs sociaux.

L'idée selon laquelle les pays qui ont un faible niveau de développement n'ont pas les moyens de mettre progressivement en œuvre des dispositifs de sécurité sociale a encore cours. Beaucoup de planificateurs du développement sont tout simplement partis du principe que ces pays ne disposent pas d'une marge budgétaire suffisante pour financer les prestations de sécurité sociale et que la sécurité sociale est donc inabordable pour eux. Le fait qu'il s'agit là d'une hypothèse, qui plus est d'une hypothèse erronée, apparaît plus clairement à mesure que l'on dispose de données, comme celles issues de travaux récents du BIT sur le coût d'un ensemble élémentaire de prestations sociales en Afrique subsaharienne et en Asie, qui prouvent que même les pays les plus pauvres ont les moyens de se doter d'un tel ensemble.

Le BIT a récemment réalisé deux études de coûts (BIT, 2008b), l'une en Afrique et l'autre en Asie, qui permettent de disposer d'une première estimation du coût qu'aurait, aujourd'hui et dans les décennies à venir, un ensemble fictif de prestations sociales de base dans les pays à faible revenu. L'ensemble de prestations retenu à titre indicatif contenait des prestations pour enfants de base, l'accès universel aux soins de santé essentiels, un régime d'assistance sociale/dispositif d'aide à l'emploi d'une durée de cent jours en faveur

des pauvres en âge de travailler et une pension universelle de vieillesse et d'invalidité de base⁹. Il ressort de ces études que le coût annuel brut initial (hors accès aux soins de santé essentiels qui, dans une certaine mesure, est déjà financé) serait compris entre 2,2 et 5,7 pour cent du PIB en 2010. Les composantes individuelles paraissent encore plus abordables (graphique 5.2).

Graphique 5.2. Coût des composantes d'un ensemble élémentaire de prestations de sécurité sociale dans quelques pays africains, 2010 (pourcentage du PIB)

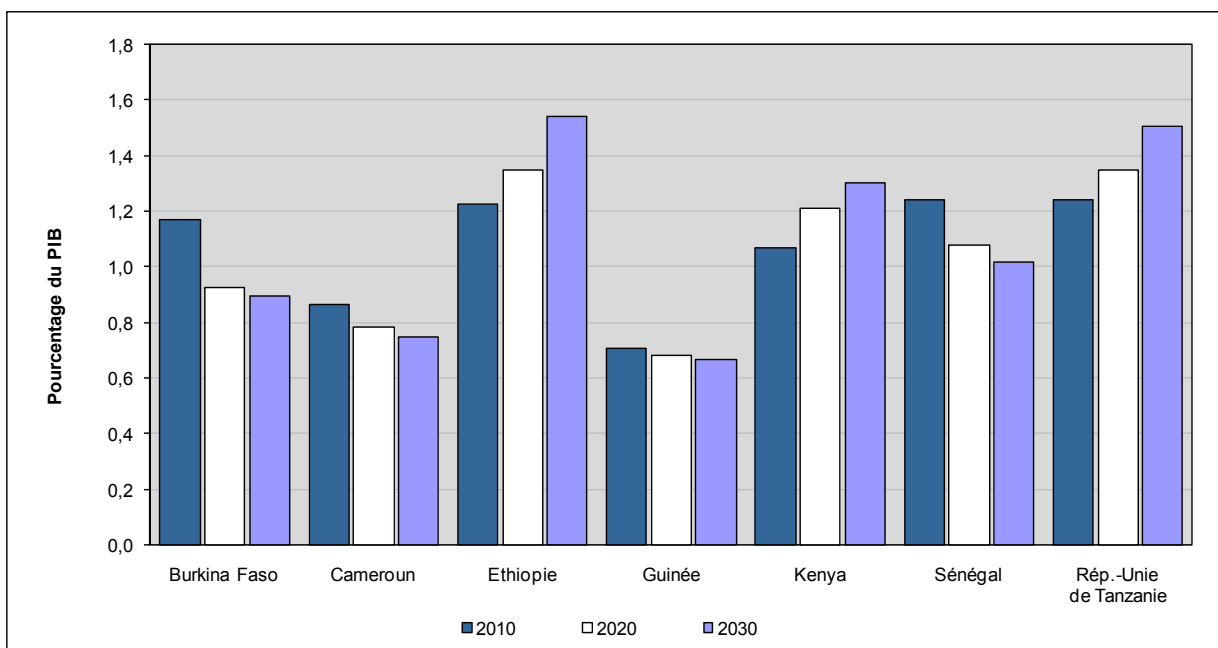


Source: BIT, 2008b.

Dans l'hypothèse retenue, pour 2010, le coût annuel de pensions universelles de retraite et d'invalidité de base serait compris entre 0,6 et 1,5 pour cent du PIB annuel dans les pays étudiés. Il s'établirait à 1,0 pour cent du PIB, voire moins au Cameroun et en Guinée, et serait compris entre 1,1 et 1,5 pour cent du PIB au Burkina Faso, en Ethiopie, au Kenya, au Sénégal et en République-Unie de Tanzanie. Comme le montre le graphique 5.3, le coût de ces pensions n'augmenterait que modérément d'ici à 2030 – malgré le vieillissement de la population.

⁹ Dans l'hypothèse retenue, la pension universelle de vieillesse et d'invalidité a été fixée à 30 pour cent du PIB par habitant, à concurrence de 1 dollar E.-U. (PPA) par jour (plafond revalorisé en fonction de l'inflation), et est versée à tous les hommes et femmes de 65 ans ou plus et aux personnes en âge de travailler frappées par un handicap sévère (l'hypothèse de taux d'éligibilité retenu s'établit à 1 pour cent de la population en âge de travailler, ce qui correspond à une estimation très prudente du taux de handicapés). Le montant des prestations pour enfants a été fixé à 50 pour cent de celui des pensions. Le coût de l'accès universel aux soins essentiels a été calculé sur la base d'un ratio de personnel de santé de 300 professionnels pour 100 000 habitants.

Graphique 5.3. Coût de pensions universelles de vieillesse et d'invalidité de base dans un échantillon de pays africains, 2010, 2020 et 2030 (pourcentage du PIB)

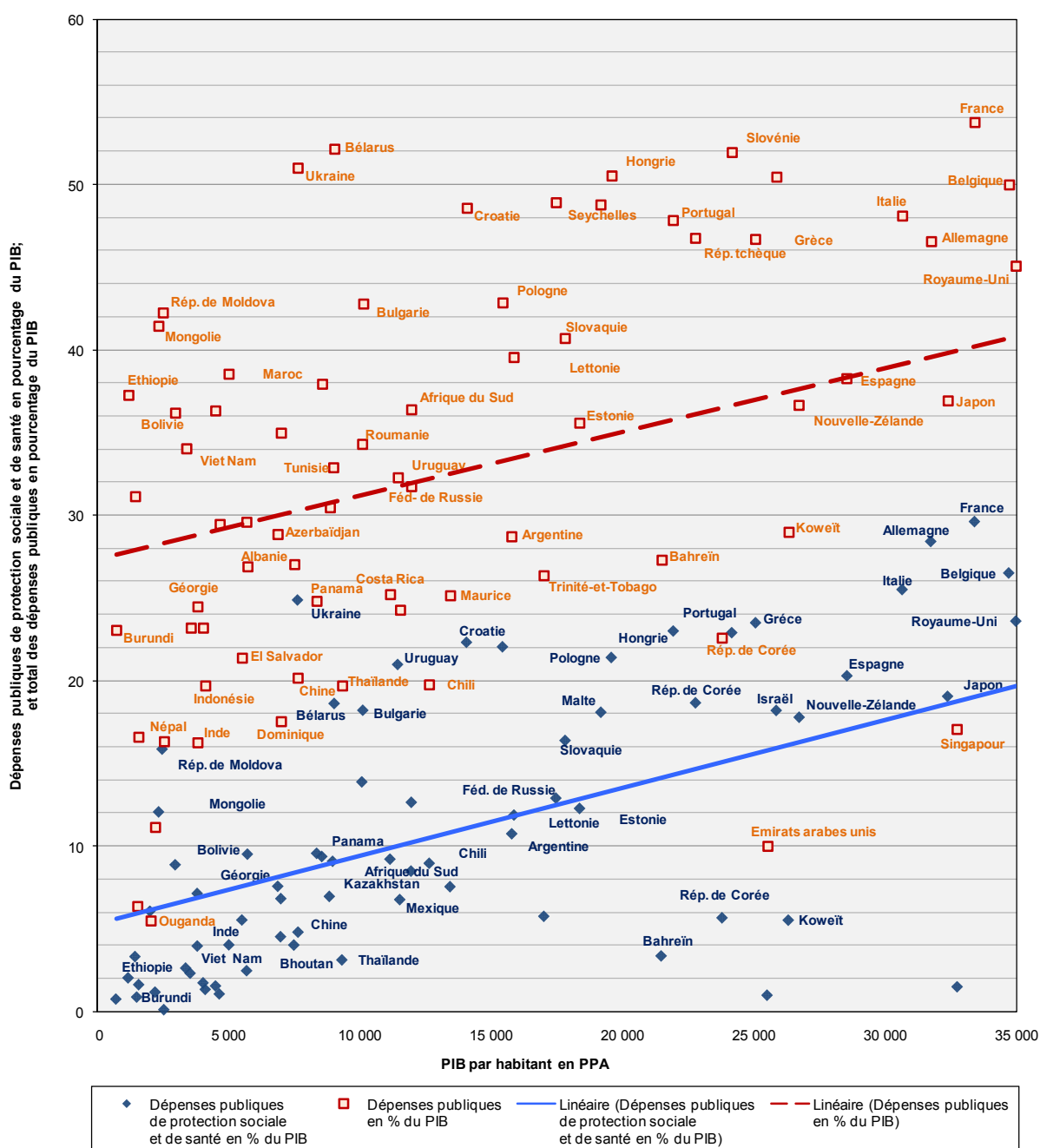


Source: BIT, 2008b, d'après Pal *et al.*, 2005, et calculs actualisés. Ces chiffres incluent des coûts administratifs équivalant à 15 pour cent des dépenses de prestations.

La mise en place d'un ensemble de prestations de protection sociale paraît donc faisable, à condition toutefois, dans la plupart des cas, d'être progressive. En outre, pour certains des pays considérés, il se peut que cette mise en place nécessite, pendant une période transitoire, un effort conjoint avec la communauté internationale des donateurs. Il est toutefois possible que les pays à faible revenu soient en mesure de modifier l'affectation des ressources existantes, par exemple en augmentant progressivement les dépenses de protection sociale pour qu'elles atteignent un objectif final de 20 pour cent des dépenses publiques totales.

A l'évidence, il existe des cas dans lesquels il est difficile d'augmenter à très brève échéance la marge budgétaire disponible pour les transferts sociaux. Chaque cas doit faire l'objet d'une évaluation précise. Toutefois, le graphique 5.4 montre que la marge de manœuvre financière dont disposent les pays pour mettre en œuvre des politiques est peut-être plus large qu'on ne le suppose souvent. Le graphique met en relation, d'une part, les dépenses publiques nationales et les dépenses publiques de protection sociale et de santé (telles que définies par le Fonds monétaire international) exprimées en pourcentage du PIB et, d'autre part, le PIB par habitant et aboutit à deux droites de régression presque parallèles. Il est évident qu'en principe ces deux catégories de dépenses augmentent lorsque le PIB par habitant progresse. Cependant, les nuages qui entourent les niveaux de dépenses sont plus intéressants que les droites elles-mêmes. Ils indiquent que, à PIB par habitant identique, les pays disposent d'une latitude importante eu égard au montant des dépenses publiques totales et, au sein de ces dépenses, à la part allouée aux dépenses sociales.

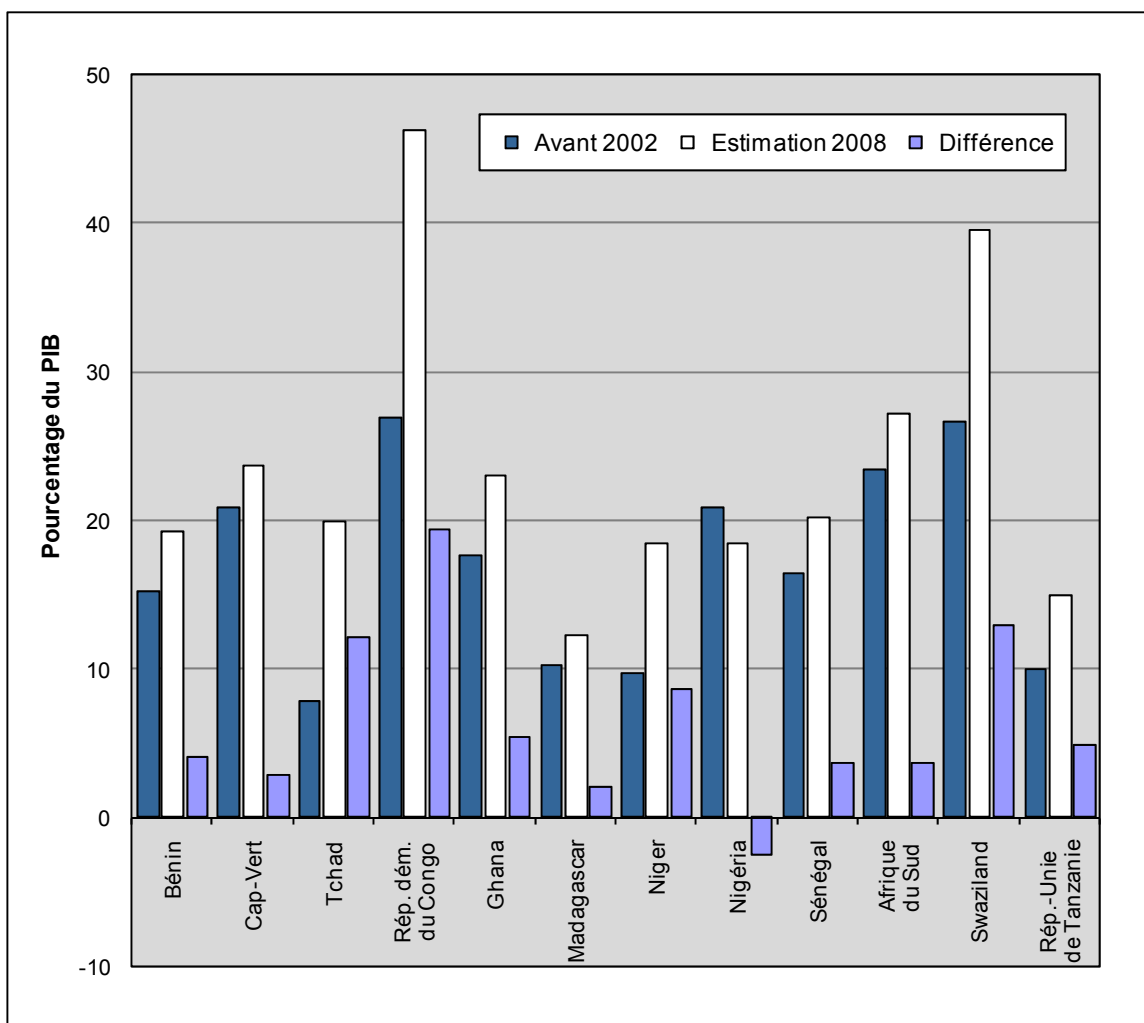
Graphique 5.4. Total des dépenses publiques et dépenses sociales pour différents niveaux de PIB par habitant, dernière année disponible



Sources: FMI, 2009a (diverses années); UNDATA (diverses années).

Il est possible d'en déduire que la prise de décisions par les pouvoirs publics en matière de financement des systèmes de sécurité sociale et les négociations visant à ce que les différents acteurs de la dépense publique parviennent à un consensus budgétaire suivent des modalités propres à chaque pays. Dans ce contexte, il faut souligner que, dans la seule région Afrique, les recettes intérieures ont augmenté d'environ 230 milliards de dollars E.-U. entre 2002 et 2007 (c'est-à-dire durant la période qui a suivi la Conférence de Monterrey). Dans la seule Afrique subsaharienne, la part des recettes publiques intérieures dans le PIB a progressé de 4 points de pourcentage entre 2002 et 2007 (voir graphique 5.5). A condition d'être placée suffisamment haut sur la liste des priorités, l'introduction progressive d'un ensemble de prestations de sécurité sociale modestes sur une période de dix ans, par exemple, pour un coût net d'environ 4 pour cent du PIB ne semble pas irréalisable.

Graphique 5.5. Hausse des recettes publiques nationales dans un échantillon de pays africains, 2002-2007 (pourcentage du PIB)



Source: OCDE, 2007.

Les résultats des microsimulations effectuées par l'OIT pour le Sénégal et la République-Unie de Tanzanie montrent que l'introduction de prestations de vieillesse de base peut avoir un impact significatif en termes de réduction de la pauvreté. Gassman et Behrendt (2006) ont réalisé des simulations pour évaluer le coût des pensions de vieillesse et d'invalidité égales à 70 pour cent du seuil de pauvreté alimentaire par individu remplissant les conditions d'ouverture des droits. Sur cette base, ils montrent qu'en République-Unie de Tanzanie l'instauration d'une pension de vieillesse universelle entraînerait un recul de 9 pour cent des taux de pauvreté, avec une incidence beaucoup plus forte (36 pour cent) dans le cas des hommes et femmes âgés et une incidence de 24 pour cent dans le cas des individus qui vivent dans des ménages comptant des membres âgés. De même, au Sénégal, les pensions de vieillesse et d'invalidité devraient avoir une incidence plus marquée sur les personnes âgées, en particulier les femmes, et les membres de leurs familles.

L'expérience réelle est encore plus convaincante que les simulations théoriques. De plus en plus de données provenant du monde en développement montrent que certaines composantes d'ensembles de prestations sociales de base introduites actuellement se révèlent abordables. Divers moyens peuvent être utilisés par les pays en développement pour mettre en place une couverture de sécurité sociale abordable, conçue comme une première étape vers la définition d'une stratégie nationale de développement de la sécurité sociale. Certains pays cherchent à étendre l'assurance sociale et à l'associer à l'assistance sociale, tandis que d'autres subventionnent une couverture d'assurance pour les plus

pauvres et que d'autres encore tentent de créer des régimes universels ou conditionnels financés par l'impôt, également dénommés régimes de transferts en espèces. Chacun de ces modèles présente des forces et des faiblesses et chacun d'eux est conditionné par la «voie nationale», c'est-à-dire par les valeurs nationales et les évolutions antérieures.

Actuellement, les avancées les plus spectaculaires observées dans le monde en matière de sécurité sociale concernent les régimes de transferts sociaux. Quelque 30 pays (dont huit pays africains) déploient des efforts couronnés de succès pour mettre en place des composantes d'un ensemble de prestations sociales de base via des dispositifs de transferts sociaux. Ainsi, le Brésil instaure le programme *Bolsa Família* et le Mexique le programme *Oportunidades* tandis que l'Afrique du Sud, la Namibie et le Népal ont opté pour des systèmes de pension de base financés par l'impôt. *Bolsa Família* est considéré comme le plus gros dispositif de transferts sociaux du monde, couvrant actuellement quelque 46 millions d'individus pour un coût équivalent à environ 0,4 pour cent du PIB. L'Afrique du Sud a par ailleurs sensiblement étendu la couverture de son système de prestations pour enfants, le nombre de bénéficiaires ayant augmenté de plus de 10 millions ces dix dernières années. En Inde, le NREGS, plan national pour l'emploi rural qui garantit un emploi pendant cent jours, a été déployé sur l'ensemble du territoire national et une nouvelle loi prévoit l'extension de la couverture de la sécurité sociale à environ 300 millions de personnes qui en sont jusqu'à présent exclues. En outre, des pays plus pauvres encore mettent actuellement en place des mécanismes de transferts en espèces (ou de prestations universelles). Le Népal, par exemple, étend actuellement la couverture de son régime de pension universelle et a l'intention d'abaisser dès que possible l'âge de la retraite en le ramenant de 75 à 65 ans.

L'expérience montre donc que quelque chose est possible quasiment partout.

5.5. Défis stratégiques

Pour mettre en œuvre le concept stratégique qui compare la sécurité sociale à un escalier, il faut relever un certain nombre de défis cruciaux. Trois des plus importants de ces défis sont présentés dans les paragraphes qui suivent.

5.5.1. Concilier protection efficace et souplesse au plan de l'organisation

Tout en garantissant à chacun un niveau minimum de droits élémentaires, le concept de «garanties sociales» permet une souplesse au plan de l'organisation, reconnaissant implicitement qu'il n'existe pas de modèle «standard» pour organiser les droits de sécurité sociale, qu'il s'agisse des droits élémentaires ou de ceux de niveau plus élevé.

Il a déjà été souligné que de nombreux moyens peuvent être utilisés pour instaurer ces garanties sociales élémentaires, conçues comme une première étape vers la définition d'une stratégie nationale de développement de la sécurité sociale, notamment l'extension de l'assurance sociale associée à l'assistance sociale, l'octroi de subventions pour l'affiliation des populations pauvres à l'assurance sociale ou la mise en place de régimes universels financés par l'impôt. Certains pays ont préféré commencer par instaurer des régimes à base communautaire subventionnés dont l'objectif est de toucher les travailleurs du secteur informel. Chacune de ces stratégies présente ses forces et ses faiblesses et beaucoup de pays optent pour des approches mixtes, ce qui témoigne du fait que le développement a des caractéristiques spécifiques à chaque pays et est déterminé par la «voie nationale», c'est-à-dire par les valeurs nationales et les expériences antérieures.

Le plus important, en définitive, est que l'ensemble de la population ait accès à un niveau élémentaire de prestations de sécurité sociale, que ces prestations soient attribuées dans le cadre de l'assistance sociale ou ciblées au moyen de conditions d'accès aux droits,

consistent en prestations universelles financées par l'impôt ou en droits contractuels reposant sur le paiement de cotisations. La notion de garantie d'accès à des prestations de sécurité sociale est donc un concept générique, qui englobe les transferts en espèces et en nature accordés dans le cadre de l'assistance sociale ou de la sécurité sociale. Dans ce contexte, il y a lieu de considérer que les nombreuses questions techniques qui se posent relèvent d'un second plan. Ce sont les résultats des stratégies nationales de sécurité sociale mises en œuvre qui importent, plus que les moyens et solutions qu'utilisent les pays pour les obtenir. Toutefois, toutes les stratégies ont en commun le rôle central joué par l'Etat. Toutes les garanties élémentaires exigent un financement de l'Etat ou, à tout le moins, une participation substantielle de l'Etat au financement. Cette participation se justifie par le fait que la protection des populations contre la pauvreté est sans conteste une obligation des sociétés dans leur ensemble.

5.5.2. Assurer la cohérence de l'architecture des systèmes nationaux de sécurité sociale

Un autre des défis stratégiques à relever consiste à parvenir à instaurer un système de sécurité sociale global, cohérent et interactif, constitué de plusieurs niveaux, piliers et sous-systèmes qui assurent une couverture universelle de la population, permettent un recul de la pauvreté et de l'insécurité et garantissent un fonctionnement efficient en évitant le chevauchement de droits multiples et les effets incitatifs négatifs qui sont source de surutilisation et de dépendance excessive.

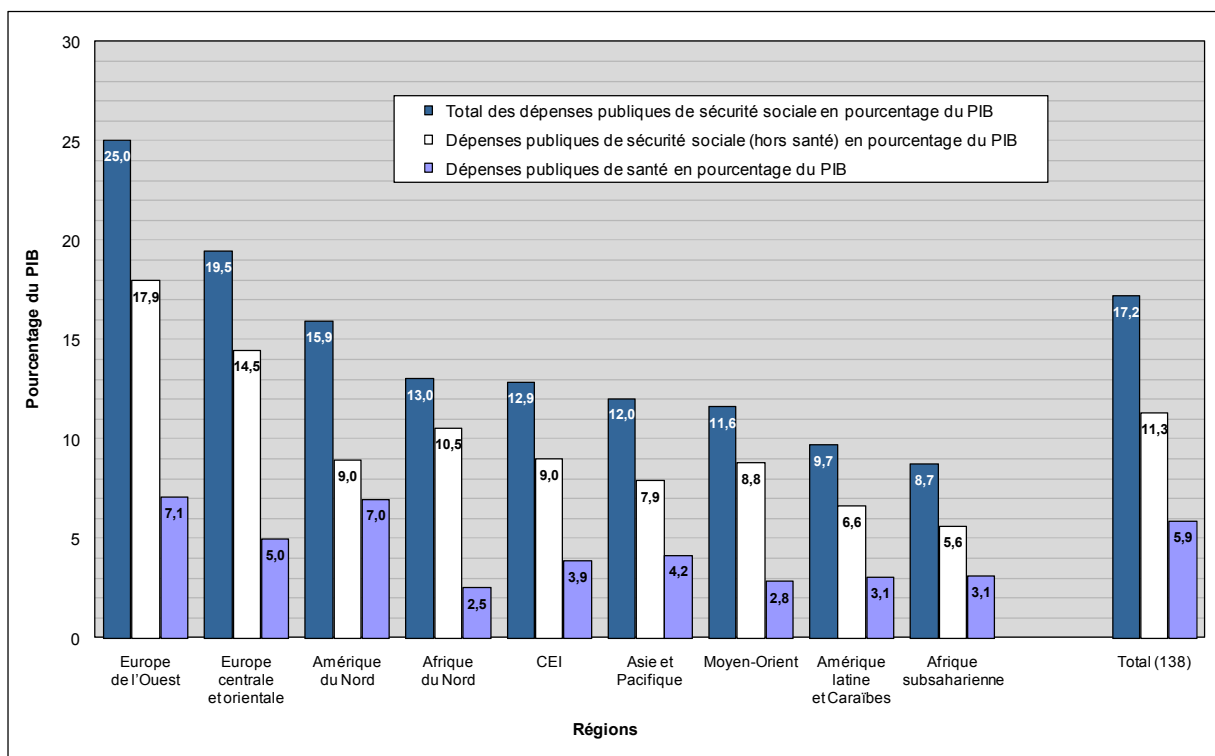
Dans le contexte de ce cadre stratégique, la première question à laquelle il faut répondre porte sur le point de savoir si les systèmes de garanties élémentaires sont compatibles avec des régimes de prestations de plus haut niveau tels que les régimes d'assurance sociale et si ces deux types de systèmes peuvent être associés l'un à l'autre de façon efficace et efficiente. En principe, la réponse à cette question est affirmative. Il y a des dizaines d'années que l'on associe des régimes d'assurance sociale et des dispositifs d'assistance sociale, ou des dispositifs de prestations universelles et des systèmes de prestations de plus haut niveau reposant sur le principe d'assurance. Les exemples abondent dans le monde, que ce soit dans le domaine des retraites ou dans celui des soins de santé.

Toutefois, garantir l'efficacité et la cohérence n'est pas toujours une entreprise aisée. Il faut par exemple veiller, lors de la conception des systèmes, à ce que les mécanismes incitatifs introduits dans un sous-système ne conduisent pas à des pertes d'efficacité dans un autre. Ainsi, l'existence de pensions sociales soumises à conditions de ressources peut fort bien dissuader un groupe important de travailleurs à faible revenu de cotiser à un régime d'assurance-vieillesse. Une pension universelle forfaitaire accessible à tous éviterait ces effets dissuasifs puisqu'un individu pourrait cumuler des prestations provenant de plusieurs sources au lieu de voir sa pension d'assurance sociale déduite de sa pension universelle, et vice versa.

5.5.3. Créer la marge budgétaire nécessaire

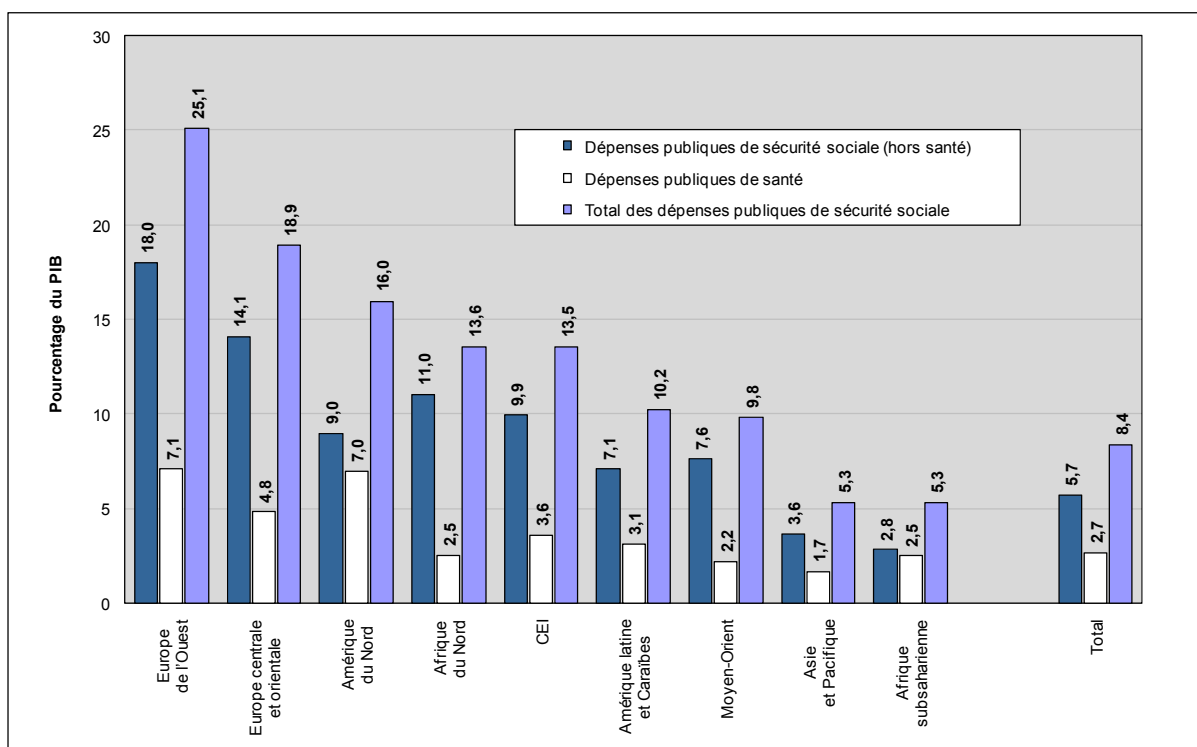
Dans le monde, les pays consacrent en moyenne 17,2 pour cent de leur PIB à la sécurité sociale (graphique 5.6) lorsque les chiffres sont pondérés par le PIB national. Toutefois, en cas de pondération par la population, en moyenne, 8,4 pour cent du PIB seulement sont consacrés aux prestations de sécurité sociale sous forme de transferts en espèces ou en nature (graphique 5.7). Les chiffres par pays varient fortement selon les régions et selon le revenu national. Alors qu'en Europe 20 à 30 pour cent du PIB sont investis dans la sécurité sociale, en Afrique, 4 à 6 pour cent du PIB seulement sont consacrés aux prestations de sécurité sociale, et le montant des fonds alloués à la santé est supérieur à celui des fonds alloués aux transferts en espèces destinés à garantir une sécurité de revenu.

Graphique 5.6. Total des dépenses sociales publiques, estimations régionales pondérées par le PIB, dernière année disponible entre 2002 et 2007 (pourcentage du PIB)



Sources: Base de données du BIT sur la sécurité sociale, d'après FMI, 2009a; OCDE, SOCX (OCDE, 2009); enquête du BIT sur la sécurité sociale (*Social Security Inquiry, SS*) (BIT, 2009i); SESPROS (Commission européenne, 2009); WHOSIS (OMS, 2009). Les données par pays sont consultables dans BIT, 2010a, annexe statistique. Voir aussi BIT, GESS (BIT, 2009f).

Graphique 5.7. Total des dépenses publiques de sécurité sociale, estimations régionales pondérées par la population, dernière année disponible entre 2002 et 2007 (pourcentage du PIB)

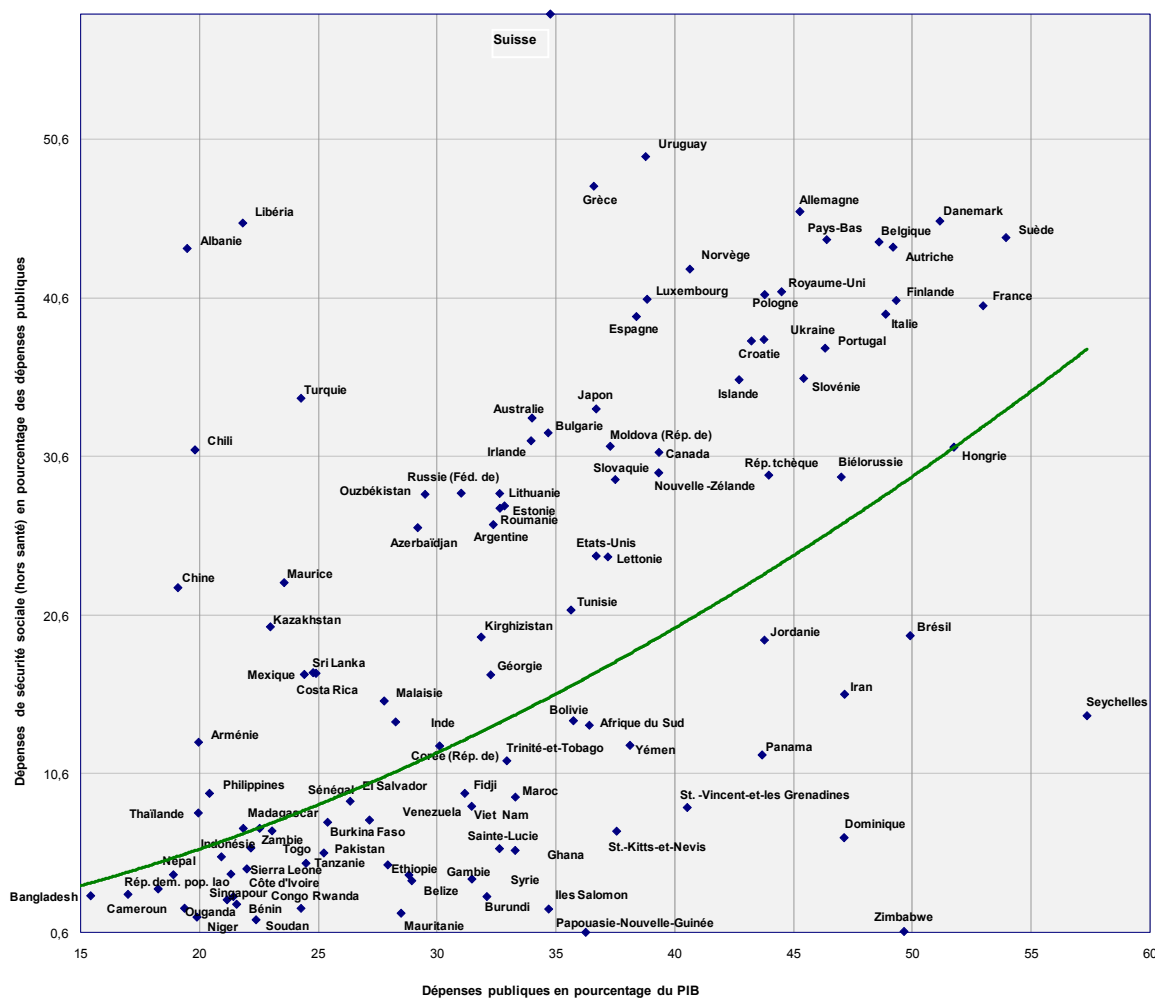


Sources: Base de données du BIT sur la sécurité sociale, d'après FMI, 2009a; OCDE, SOCX (OCDE, 2009); enquête du BIT sur la sécurité sociale (*Social Security Inquiry, SS*) (BIT, 2009i); SESPROS (Commission européenne, 2009); WHOSIS (OMS, 2009). Les données par pays sont consultables dans BIT, 2010a, annexe statistique. Voir aussi BIT, GESS (BIT, 2009f).

En général, les dépenses, en part des ressources disponibles, sont plus élevées dans les pays à revenu élevé que dans les pays à faible revenu. Toutefois, il ne faut pas considérer la sécurité sociale comme un luxe; elle est aussi abordable pour des pays dont le revenu est plus faible ou des pays où l'Etat est relativement «petit» en termes de ressources disponibles. Le graphique 5.9 montre clairement que, pour un même montant de dépenses publiques en pourcentage des dépenses totales dans le PIB, la part des ressources disponibles consacrée à la sécurité sociale varie fortement d'un pays à l'autre. Cette part ne dépend en fait pas tant de la richesse du pays que, dans une large mesure, de la volonté politique du moment, laquelle détermine en fait la marge budgétaire disponible. Pour maximiser la marge budgétaire, il peut être nécessaire, malgré l'impopularité d'une telle démarche, d'accorder une grande attention à l'efficacité du système de recouvrement de l'impôt et des cotisations en place dans un pays car, sans un système performant de recouvrement des recettes, il n'y a pas de recettes à redistribuer. L'augmentation de la marge budgétaire pose des problèmes qui diffèrent selon les pays. Néanmoins, la liste des éléments devant figurer dans une stratégie nationale de sécurité sociale pourrait être la suivante:

- 1) des réformes fiscales pour accroître les ressources budgétaires, en particulier pour améliorer l'efficacité et l'efficacité du recouvrement des recettes fiscales;
- 2) une augmentation progressive des dépenses sociales en part du PIB et en part des dépenses totales;
- 3) un mécanisme de péréquation entre les différents domaines de la politique sociale pour réorienter les dépenses vers les besoins les plus urgents;
- 4) une réorientation des dépenses entre les différents groupes sociaux et domaines de la politique sociale pour rendre certaines dépenses plus progressives et plus efficaces en termes de lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité.

Graphique 5.8. Taille de l'Etat et proportion des dépenses publiques allouées à la sécurité sociale, dernière année disponible



Sources: FMI, 2009a (diverses années). Voir aussi BIT, GESS (BIT, 2009f).

6. Conclusions

La sécurité sociale est d'abord et avant tout un droit de l'homme et, par conséquent, une obligation qui s'impose à toutes les sociétés. Elle accompagne aussi le changement sur le plan social et économique et peut jouer un rôle de stabilisateur financier.

En plus d'éviter que les individus ne basculent dans la pauvreté et de limiter les risques de troubles sociaux, les systèmes de sécurité sociale représentent un investissement indispensable dans la capacité productive de la population parce qu'ils améliorent l'accès à l'alimentation, à la santé et à l'éducation. Ils contribuent à améliorer la gestion du risque et de l'incertitude et à stabiliser la demande totale en période de crise économique.

Pour réaliser les OMD visant à améliorer la justice sociale en Afrique ainsi qu'à renforcer la résistance et la préparation aux crises, il faut que toute la population puisse accéder à des systèmes de sécurité sociale fiables. L'instauration d'un ensemble élémentaire de transferts sociaux et de services de santé s'inscrivant dans le cadre plus large du socle de protection sociale est indispensable et doit être conçue comme une première étape vers la mise en place d'un système national de sécurité sociale. Ce socle n'est pas l'objectif ultime, mais il constitue la fondation sur laquelle s'appuyer pour continuer d'étendre et d'améliorer la sécurité sociale lorsqu'un niveau de développement supérieur est atteint.

6.1. Un cadre d'action pour l'extension du système national de sécurité sociale

L'approche à deux dimensions présentée dans le chapitre 5 (partie 5.2) découle d'un large éventail d'instruments, documents et résolutions, en particulier la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies, la Constitution de l'OIT et la Déclaration de Philadelphie qui élargit le mandat de cette dernière, les conclusions arrêtées par la Conférence internationale du Travail en 2001, les conclusions de la onzième Réunion régionale africaine, tenue à Addis-Abeba en avril 2007, la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable et le Pacte mondial pour l'emploi, ainsi que les conventions et recommandations à jour de l'OIT. A cela s'ajoutent l'expérience nationale qui commence à se constituer et l'expérience acquise dans le cadre de la Campagne mondiale de l'OIT sur la sécurité sociale et la couverture pour tous.

Les pays peuvent et doivent chercher à mettre en œuvre ces deux dimensions simultanément. Le financement assuré par les recettes fiscales générales doit être affecté en premier lieu à la *dimension horizontale*. Toutefois, le financement fondé sur la solidarité ne doit pas se limiter au niveau de protection élémentaire. La *dimension verticale* doit garantir l'accès à un ensemble défini de prestations de sécurité sociale et un niveau adéquat pour les prestations en tant que droit ouvert à tous ceux qui participent au financement des systèmes de sécurité sociale en versant des cotisations ou des impôts. Faire en sorte que la convention n° 102 de l'OIT soit ratifiée plus largement en Afrique constituerait un important catalyseur pour la mise en œuvre de cette dimension.

La composante «transferts sociaux» du cadre plus large qu'est le socle de protection sociale (il englobe aussi des services essentiels qui, en tant que tels, ne relèvent pas de la compétence directe de l'OIT) contient un ensemble élémentaire de garanties sociales essentielles concrétisées par des transferts en espèces ou en nature qui doivent permettre que tous les résidents d'un pays bénéficient d'une protection financière leur donnant les moyens et la possibilité d'accéder à un ensemble de produits et services de santé défini à l'échelon national; que tous les enfants aient une sécurité de revenu minimum; que tous les

individus en âge de travailler qui ne peuvent pas se procurer un revenu suffisant sur le marché du travail bénéficient d'une sécurité de revenu minimum grâce à l'assistance sociale et que toutes les personnes âgées ou handicapées¹ disposent d'une sécurité d'un revenu minimum grâce à des pensions de vieillesse et d'invalidité.

Il n'existe pas de définition «standard» de la nature et du niveau des prestations. Le terme «garanties» ne tranche pas la question de savoir si tous ces transferts en espèces ou en nature ou certains d'entre eux sont attribués sur une base universelle à l'ensemble des habitants d'un pays ou s'ils sont accordés dans le cadre de régimes d'assurance contributifs, ou encore s'ils ne sont octroyés qu'en cas de besoin ou peuvent être subordonnés à des critères de comportement. L'essentiel est que tous les individus aient droit aux services de santé, y aient accès et disposent des moyens de se procurer un minimum de revenu.

La marge budgétaire, la solidité des institutions et les niveaux de pauvreté et de vulnérabilité sont les critères qui doivent guider la prise de décisions concernant, premièrement, les moyens à mobiliser pour instaurer la composante «transferts sociaux» du socle de protection sociale et, deuxièmement, le choix des prestations à introduire en priorité dans le cadre d'un plan général de mise en œuvre de l'intégralité des garanties de base. Les nouveaux programmes de transferts en espèces qui ont été créés dans une trentaine de pays en développement dans le monde entier ces dix ou vingt dernières années contiennent déjà des éléments du socle de protection sociale et ont apporté la preuve de leur efficacité en termes de lutte contre la pauvreté, d'augmentation de la scolarisation, d'amélioration de la situation sociale, de la santé et de l'état nutritionnel des bénéficiaires. Ils démontrent que les pays en développement peuvent se permettre de mettre en place ces garanties sociales élémentaires ou, à tout le moins, des composantes importantes de cet ensemble de garanties. C'est lorsqu'elles font partie intégrante d'une stratégie globale de sécurité sociale que ces garanties se révèlent le plus efficace.

Le principal défi à relever en matière de financement des garanties élémentaires de sécurité sociale reste la question de la marge budgétaire. L'augmentation de la marge disponible pour la sécurité sociale requiert donc des décisions politiques quant aux priorités des dépenses publiques et à la création de recettes fiscales et, bien souvent, aux investissements à réaliser dans la réforme de la fiscalité nationale. L'expérience de nombreux pays africains au cours de la décennie écoulée montre que les pays en développement sont en mesure d'augmenter leurs recettes fiscales en pourcentage du PIB.

6.2. Stratégies de mise en œuvre

Les expériences nationales examinées dans le présent rapport montrent que le succès des interventions des pays pour étendre la sécurité sociale horizontalement, à l'ensemble des citoyens, dépend des éléments fondamentaux suivants:

- i) la compatibilité et la cohérence des politiques d'extension de la sécurité sociale par rapport à la stratégie de développement social et économique en général, qui vise à améliorer le niveau de vie en garantissant un partage équitable des fruits de la croissance à travers un certain nombre de mesures dans le domaine social, de l'emploi, de l'éducation, de la santé et dans le domaine budgétaire;

¹ C'est-à-dire les personnes frappées d'un handicap qui les exclut du marché du travail.

-
- ii) une forte mobilisation des partenaires sociaux et autres parties intéressées pour que la réduction de la pauvreté et de l'insécurité devienne une priorité nationale mise en œuvre à travers des investissements dans la sécurité sociale;
 - iii) la réalisation d'un solide travail d'analyse pour identifier les grandes priorités en matière de sécurité sociale et les lacunes des systèmes de protection sociale;
 - iv) la réalisation d'analyses quantitatives fiables des coûts et avantages d'autres systèmes de prestations envisageables ainsi que de leur viabilité financière et budgétaire à long terme;
 - v) la définition des priorités en matière de protection dans le cadre d'un processus de consultation national accordant un rôle central au dialogue social tripartite;
 - vi) la fixation des droits aux prestations et du niveau des prestations sur une base légale;
 - vii) la définition de niveaux minimaux garantis pour les prestations afin de permettre aux bénéficiaires de se hisser au-dessus des seuils de pauvreté nationaux;
 - viii) la création d'une marge budgétaire à l'aide d'un ensemble de mesures visant à:
 - éliminer le manque d'efficacité au niveau des comportements et structures de dépenses existants;
 - modifier l'affectation des ressources existantes au profit des régimes de protection les plus efficaces en termes de réduction de la pauvreté, de la vulnérabilité et de l'insécurité;
 - élargir l'assiette fiscale et trouver de nouvelles sources de recettes publiques;
 - ix) le renforcement des capacités pour permettre une gestion et une surveillance rationnelles et efficaces des programmes; et
 - x) la mise en place précoce de systèmes de suivi et d'évaluation performants pour s'assurer de l'efficacité du ciblage de la sécurité sociale et des transferts.

Il importe que tous les mécanismes utilisés pour étendre la couverture de la sécurité sociale fassent partie d'une stratégie nationale intégrée de sécurité sociale. L'OIT doit apporter son soutien à la définition théorique d'une stratégie d'extension et de mise en œuvre organisée selon deux dimensions, conformément aux principes décrits ci-dessus, en mobilisant l'ensemble de ses moyens d'action, à savoir la production, la gestion et la diffusion de connaissances, le soutien à l'élaboration de politiques, le renforcement des capacités et la coopération technique. Les conseils techniques que fournira l'OIT seront formulés dans une double optique: celle des concepts du socle de protection sociale et celle de la promotion de la ratification de la convention n° 102.

Enfin, et peut-être surtout, il faudrait que des plans nationaux de sécurité sociale guident l'OIT en ce qui concerne le suivi de la Déclaration sur la justice sociale pour une mondialisation équitable et du Pacte mondial pour l'emploi au niveau national.

Bibliographie

- Afrique du Sud, Trésor national, 2009: *National budget review* (Pretoria).
- Association internationale de la sécurité sociale, voir SSA/AISS.
- Banque mondiale, 2004: *Rapport sur le développement dans le monde 2005: Un meilleur climat de l'investissement pour tous* (Washington, DC).
- , 2009: *Rapport sur le développement dans le monde 2009: Repenser la géographie économique* (Washington, DC).
- Berghman, J. *et al.* (sous la direction de), 2002: *Social security in transition* (La Haye, Kluwer Law International).
- CCS voir Nations Unies.
- Chen, S.; Ravallion, M., 2008: *The developing world is poorer than we thought, but no less successful in the fight against poverty*, Policy Research Working Paper 4703 (Washington, Banque mondiale).
- Commission européenne, 2009: SESPROS. Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale. *Conditions de vie et bien-être: base de données sur la protection sociale* (Luxembourg, EUROSTAT).
- Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (DESA), 2006: *The Millennium Development Goals Report 2006* (New York).
- ; 2009: *Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport 2009* (New York).
- Department for International Development (DFID), 2005: *Social transfers and chronic poverty: Emerging evidence and the challenge ahead*, A DFID Practice Paper (Londres), consultable à l'adresse www.aidsportal.org/store/952.pdf.
- , 2006: *Eliminating world poverty: Making governance work for the poor*, A White Paper on International Development. Social Protection Briefing Note Series n° 2 (Londres).
- D'Haeseler, S.; Berghman, J., 2003: «Globalisation and social security in low-income countries: The case of Côte d'Ivoire», dans *Afrique et Développement*, vol. 28, n° 3/4.
- Dixon-Fyle, K.; Mulanga, C., 2004: *Responding to HIV/AIDS in the world of work in Africa: The role of social protection*, BIT/SIDA, document de travail n° 5 (Genève, BIT).
- Fonds monétaire international (FMI), 2002: *Perspectives de l'économie mondiale 2002* (Washington, DC).
- , 2009a: *Government Finance Statistics (GFS)*, base de données, Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) en pourcentage du PIB (Washington, DC), consultable à l'adresse <http://www.imfstatistics.org/gfs> (consulté en janvier 2010).
- , 2009b: *Base de données des perspectives de l'économie mondiale*, consultable à l'adresse: www.imf.org/external/pubs.

-
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2006: *La situation des enfants dans le monde 2006* (New York).
- , 2008: *Social protection in Eastern and Southern Africa: A framework and strategy for UNICEF* (Nairobi, UNICEF ESARO).
- , 2010: *The State of the World's Children 2010* (New York).
- Gassmann, F.; Behrendt, C., 2006: *Les prestations en espèces dans les pays à faible revenu: Simulation des effets sur la réduction de la pauvreté au Sénégal et en Tanzanie*, document de réflexion n° 15 (Genève, BIT).
- Ghana, 2008: *The National Social Protection Strategy (NSPS): Investing in People*, présentation d'Angela Asante-Asare, coordinatrice nationale, protection sociale, ministère de la Main-d'œuvre, de la Jeunesse et de l'Emploi, gouvernement du Ghana, Réunion régionale d'experts sur la protection sociale en Afrique de l'Ouest et Afrique centrale, Dakar, 9-11 juin 2008.
- Haddad, S. *et al.*, 2006: «Learning from the health system reform in Burkina Faso», dans *Tropical Medicine and International Health*, vol. 11, n° 12, pp. 1889-1897.
- HelpAge International, 2008: *Consolidated Report of Three Regional Meetings on Social Protection: Summary report of national consultations held in Burkina Faso, Cameroon, Mozambique, Rwanda, Sierra Leone and Tunisia*, rapport présenté à la Réunion consultative d'experts organisée par l'Union africaine, Namibie, oct. 2008.
- Hodges, A., 2008: *Perspectives for social protection in West and Central Africa*, communication présentée lors de la conférence intitulée «Conference on Social Protection for the Poorest in Africa: Learning from Experience», Kampala, Ouganda, 8-10 sept. (Dakar, bureau régional Afrique de l'Ouest et Afrique centrale de l'UNICEF).
- Jalan, J.; Ravallion, M., 1997: *Are the poor less well insured?* Groupe de recherche sur le développement de la Banque mondiale, document de travail consacré à la recherche sur les politiques n° 1863 (Washington, DC).
- Kannan, K.P., 2006: *Employment and social security for the working poor: Two major initiatives in India* (New Delhi, gouvernement indien, National Commission for Enterprises in the Unorganised Sector).
- Kaseke, E., 2008: *Access to social security in SADC: A human rights perspective*, communication préparée pour la conférence intitulée «Conference on Comprehensive Social Protection for Poverty Reduction and Sustainable Livelihoods in Africa», Le Cap.
- Khatiwada, S., 2009: *Stimulus packages to counter the global economic crisis: A review*. Institut international d'études sociales (Genève, OIT).
- Logie, D.E. *et al.*, 2008: «Innovations in Rwanda's health system: Looking to the future», dans *The Lancet*, vol. 372, n° 9634, pp. 256-261.
- Mali. Ministère du Développement social (ministère du Développement social, de la Famille et de la Solidarité)/UNICEF, 2008: *Transferts de revenus entre ménages, quel impact dans la réduction de la pauvreté au Mali?* (Bamako).
- Maurice. Ministère des Finances, 2008: *Revised expenditure estimates*, consultable à l'adresse <http://www.gov.mu/portal/goc/mof/files/2009/revisedexpenditure.pdf>.

-
- Narayan, D., 2000: *Voices of the poor: Can anyone hear us?* (New York, Oxford University Press).
- Nations Unies, 2007: *World Population Prospects: The 2006 Revision*, édition sur CD-ROM, Division de la population des Nations Unies (New York).
- , 2009: *World Population Prospects: The 2008 Revision*, édition sur CD-ROM, Division de la population des Nations Unies (New York).
- , Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS), 2009: *The global financial crisis and its impact on the work of the UN system*, CEB Issue Paper (New York).
- OIT-BIT, 1999: *Un travail décent*, rapport du Directeur général, Conférence internationale du Travail, 87^e session, Genève, 1999.
- , 2001a: *Résolution et conclusions concernant la sécurité sociale*, adoptées par la Conférence internationale du Travail lors de sa 89^e session, 2001 (Genève).
- , 2001b: *Sécurité sociale: un nouveau consensus* (Genève).
- , 2005a: *Rapport sur l'emploi dans le monde 2004-05: Emploi, productivité et réduction de la pauvreté* (Genève).
- , 2005b: *La protection sociale en tant que facteur productif*, rapport à la Commission de l'emploi et de la politique sociale du Conseil d'administration de l'Organisation internationale du Travail, 89^e session (Genève).
- , 2007a: *Conclusions de la onzième Réunion régionale africaine: L'Agenda du travail décent en Afrique 2007-2015*, document AfRM/XI/D.3(Rev.) (Genève).
- , 2007b: *L'Agenda du travail décent en Afrique 2007-2015*, onzième Réunion régionale africaine, Addis-Abeba, avril 2007, rapport du Directeur général (Genève).
- , 2008a: *Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable*, adoptée par la Conférence internationale du Travail lors de sa 97^e session, 10 juin 2008 (Genève).
- , 2008b: *Can low income countries afford basic social security?*, document de politique de sécurité sociale n° 3 (Genève).
- , 2008c: *Les indicateurs clés du marché du travail (ICMT)*, cinquième édition (Genève).
- , 2008d: *Tendances mondiales de l'emploi des femmes* (Genève).
- , 2008e: *Zambia: Social protection expenditure and performance review and social budget* (Genève).
- , 2008f: *Tanzania: Social protection expenditure and performance review and social budget* (Genève).
- , 2008g: *La protection sociale de la santé: Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé*, document de politique de sécurité sociale n° 1 (Genève).
- , 2008h: *Database of Conditions of Work and Employment Laws: Working Time – Minimum Wages – Maternity Protection* (Base de données sur la législation des conditions de travail et d'emploi: temps de travail, salaires minimaux, protection de la

-
- maternité), base de données, OIT/TRAVAIL. Consultable à l'adresse <http://www.ilo.org/dyn/travail> (consulté en janvier 2010).
- , 2008i: *Draft report on assessing health financing options in Sierra Leone* (Genève).
- , 2008j: *Setting social security standards in a global society: An analysis of present state and practice and of future options for global social security standard setting in the International Labour Organization*, document de politique de sécurité sociale n° 2 (Genève).
- , 2008k: *Conclusions sur la promotion de l'emploi rural pour réduire la pauvreté*, Conférence internationale du Travail, 97^e session, 2008 (Genève).
- , 2009a: *Surmonter la crise: la mise en œuvre du Pacte mondial pour l'emploi en Afrique*, premier Colloque africain sur le travail décent, 1^{er}-2 décembre 2009, Ouagadougou, Burkina Faso, Discussion notes (Genève).
- , 2009b: *Surmonter la crise: un Pacte mondial pour l'emploi*, Résolution adoptée par la Conférence internationale du Travail lors de sa 98^e session, 2009 (Genève)
- , 2009c: *Etendre la sécurité sociale à tous. Tour d'horizon des difficultés, des pratiques actuelles et des options stratégiques*, Réunion tripartite d'experts sur les stratégies d'extension de la couverture de sécurité sociale (Genève).
- , 2009d: *La sécurité sociale pour tous: Un investissement dans la justice sociale et le développement économique*, document de politique de sécurité sociale n° 7 (Genève).
- , 2009e: *Estimations et projections de la population active: 1980-2020*, base de données. cinquième édition (Genève).
- , 2009f: *Global Extension of Social Security (GESS)*, base de données, Département de la sécurité sociale du BIT et STEP, consultable à l'adresse <http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/>.
- , 2009g: *Lutter contre la crise financière et économique par le travail décent*, Réunion tripartite de haut niveau sur la crise financière et économique mondiale actuelle, Genève, 23 mars 2009, Conseil d'administration, document GB.304/ESP/2.
- , 2009h: LABORSTA, base de données des statistiques du travail, consultable à l'adresse http://laborsta.ilo.org/default_F.html, BIT.
- , 2009i: *Enquête du BIT sur la sécurité sociale (ILO Social Security Inquiry, SSI)*, base de données (Genève).
- , 2010a: *Rapport mondial sur la sécurité sociale 2010-11: Providing coverage in times of crisis and beyond* (Genève).
- , 2010b: *Extending social security to all: A guide through challenges and options* (Genève).
- , 2010c: *Emploi et protection sociale dans le nouveau contexte démographique*, Département des politiques de l'emploi et Département de la sécurité sociale (Genève).
- Olivier, M. *et al.* (sous la direction de), 2003: *Social security: A legal analysis* (Londres, Butterworths), consultable sur LexisNexis.

-
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2007: *Le financement du développement en Afrique: de Monterrey à Doha* (Paris).
- , 2009, *Base de données sur les dépenses sociales* (SOCX) (Paris), consultable à l'adresse <http://www.oecd.org/els/social/expenditure>.
- , Banque africaine de développement (BAfD), 2008: *Perspectives économiques en Afrique 2008* (OCDE, Paris).
- Organisation mondiale de la santé (OMS), 1978: *Déclaration d'Alma-Ata*, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 sept. 1978.
- , 2005: *Rapport sur la santé dans le monde 2005: donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant* (Genève).
- , 2009: *Système d'information statistique de l'OMS (WHOSIS)* (Genève), consultable à l'adresse <http://www.who.int/whosis/fr/index.html>.
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), 2002: *Situation alimentaire et perspectives de récolte en Afrique subsaharienne*, n° 3 (déc.), consultable à l'adresse <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/005/Y8255F/y8255f00.pdf>.
- , Fonds international de développement agricole (FIDA), 2008: *Eau et pauvreté rurale: Interventions pour améliorer les moyens d'existence des populations subsahariennes* (Rome).
- Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), 2009: *Vaincre l'inégalité: L'importance de la gouvernance*, EPT rapport mondial de suivi 2009 (Paris).
- Pal, K. *et al.*, 2005: *Can low income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise*, Questions de protection sociale, document de réflexion n° 13 (Genève, BIT).
- Pinstrup-Andersen, P.; Padya-Lorch, R., 2001: *The unfinished agenda: Perspectives on overcoming hunger, poverty, and environmental degradation* (Washington, DC, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires).
- Population Reference Bureau, 2009: World Population Data Sheet DataFinder, consultable à l'adresse www.prb.org/DataFinder.aspx (Washington, DC).
- Sachs, J., 2008: *Common wealth: Economics for a crowded planet* (New York, Penguin).
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), 2009: *Rapport mondial sur le développement humain: Lever les barrières: mobilité et développement humains* (New York).
- Scheil-Adlung, X.; Carrin, G.; Juetting, J.; Ke Xu, K., *et al.*, 2006: *What is the impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries*, document ESS n° 24 (Genève, BIT).
- Scott, S.B.E, 2008: Déclaration de S.B.E. Scott, directeur de la planification au ministère des Finances et du Développement économique lors de la Réunion régionale d'experts sur la protection sociale, Dakar, Sénégal, 9-11 juin 2008.
- Sen, Amartya, 1999: *Development as freedom* (New York, Anchor Books).

-
- , 2000: «Travail et droits», dans *Revue internationale du travail* (Genève, BIT), vol. 139, n° 2, pp. 129-139.
- Smith, L.C; Haddad, L., 2000a: *Overcoming child malnutrition in developing countries: Past achievements and future choices*, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Food, Agriculture, and the Environment Discussion Paper 30 (Washington, DC). Consultable à l'adresse <http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/2020dp30.pdf>.
- , 2000b: *Explaining child malnutrition in developing countries: A cross-country analysis*, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Research Report 111 (Washington, DC).
- SSA/AISS (Administration de la sécurité sociale des Etats-Unis/Association internationale de la sécurité sociale), 2008, 2009: *Sécurité sociale dans le monde* (Washington, DC, et Genève), consultable à l'adresse www.socialsecurity.gov et www.issa.int.
- Summers, L.H., 1994: *Investing in all the people: Educating women in developing countries*, Institut de développement économique de la Banque mondiale, EDI Seminar Paper n° 45 (Washington, DC, Banque mondiale).
- Standing, G., 2002: *Beyond the new paternalism: Basic security as equality* (Londres: Verso/BIT).
- Sultan, S.; Schrofer, T., 2008: *Building support to have targeted social protection interventions for the poorest – the case of Ghana*, communication préparée pour la conférence intitulée «Conférence on Social Protection for the Poorest in Africa: Learning from Experience», Kampala, Ouganda, 8-10 sept. 2008.
- Taylor, V., 2004: «Social security and gender justice», présentation faite lors d'une conférence sur la sécurité sociale et les questions liées à l'égalité homme-femme, Johannesburg, Université du Witwatersrand.
- , 2007: «A choice of change: Social safety net or comprehensive social protection», dans *New Agenda: South African Journal of Social & Economic Policy* (Le Cap: Institute for African Alternatives (IFAA)), n° 27.
- , 2008: *Social protection in Africa: An overview of the challenges* (Addis-Abeba, Union africaine).
- Townsend, P., 2007: *The right to social security and national development: Lessons from OECD experience for low-income countries*, Issues in Social Protection, Discussion Paper n° 18 (Genève, BIT).
- , (sous la direction de), 2009: *Building decent societies: Rethinking the role of social security in development* (Genève, BIT, et Londres, Palgrave Macmillan).
- Union africaine (UA), 2000: *Acte constitutif de l'Union africaine*, 11 juil. 2000, Lomé, Togo, consultable à l'adresse <http://www.africa-union.org>.
- , 2004: *Déclaration sur l'emploi et la lutte contre la pauvreté en Afrique*, troisième session extraordinaire de l'Assemblée de l'Union africaine sur l'emploi et la lutte contre la pauvreté, 8-9 sept. 2004, Ouagadougou, Burkina Faso, document Ext/Assembly/AU 3(III) (Addis-Abeba).

-
- , 2008a: *Social Policy Framework for Africa*, première session de la Conférence de l'Union africaine des ministres en charge du développement social, Windhoek, Namibie, 27-31 oct. 2008, Union africaine, document CAMSD/EXP/4(1) (Addis-Abeba), consultable à l'adresse <http://www.africa-union.org>.
- , 2008b: *The State of the African Population Report*, 2008 (Addis-Abeba).
- USAID, 2009: *Putting health care into people's hands* (Washington, DC), consultable à l'adresse <http://www.usaid.gov/stories/senegal/>.
- Van Kerken, E.; Olivier, M., 2003: «Unemployment insurance», dans M. Olivier *et al.* (sous la direction de): *Social security: A legal analysis* (Londres, Butterworths), consultable sur LexisNexis.
- Vonk, G. J., 2002: «Migration, social security and the law» dans J. Berghman *et al.* (sous la direction de): *Social security in transition* (La Haye, Kluwer Law International), pp. 72-92.
- Willmoth, J., 2009: «The lifetime risk of maternal mortality: Concept and measurement», dans *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* (Genève), vol. 87, n° 4 (avril), pp. 245-324, consultable à l'adresse <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-048280/en/index.html>.
- Wiman, R.; Voipio, T; Ylonen, M. (sous la direction de), 2007: *Comprehensive social policies for development in a globalising world*, rapport établi d'après une réunion d'experts organisée à Kellokoski, Finlande, 1^{er}-3 nov. 2006 (Helsinki, ministère des Affaires étrangères, en coopération avec le ministère des Affaires sociales et STAKES).

Annexe I

L'extension des programmes de protection sociale en Afrique: quelques études de cas

Les gouvernements africains cherchent actuellement à mettre au point des processus reposant sur l'appropriation et le pilotage par les pays pour lutter contre la pauvreté, promouvoir le travail décent et réduire la vulnérabilité et les inégalités sociales. Bien qu'une dynamique se crée en ce qui concerne l'extension de la sécurité sociale, la traduction des engagements politiques et projets de politiques publiques en programmes concrets demeure une entreprise colossale. Beaucoup de gouvernements de la région commencent à avancer dans cette direction. D'autres, qui ont introduit d'ambitieuses réformes de la protection sociale ces dernières années, tirent déjà des enseignements de cette expérience.

Cette annexe présente 11 études de cas sur des pays où des réformes ont été engagées dans le domaine de la sécurité du revenu (trois pays) ou dans celui des programmes et politiques de protection sociale de la santé (huit pays). Elles permettent de tirer des enseignements de l'expérience – des succès et des problèmes communs – qui peuvent être utilisés en Afrique. Chacune des études décrit dans une première partie les principales caractéristiques de la protection sociale dans le pays concerné. Cette description est suivie d'un examen des principaux enseignements tirés.

AI.1. Sécurité du revenu: extension des programmes

Cette partie est consacrée à l'examen de l'expérience de trois pays de la région, en l'occurrence Maurice, la Namibie et l'Afrique du Sud, et présente, pour chacun d'eux, les principaux indicateurs démographiques et économiques. Elle décrit ensuite brièvement les dispositifs de protection sociale, y compris sous l'angle des dépenses, et présente une courte analyse de leur impact.

Maurice

L'histoire de la politique de protection sociale de Maurice remonte à 1968, après l'indépendance. Après avoir bénéficié d'une envolée du tourisme et des exportations de sucre, le pays a investi massivement dans les services sociaux. Ce lien entre objectif économique et objectif social a été maintenu, même pendant la difficile période d'ajustement structurel, entre 1975 et 1986, le gouvernement mauricien ayant alors introduit des services sociaux gratuits et universels. Le pays a ainsi pu amortir l'impact social négatif de l'ajustement structurel mais aussi introduire progressivement des améliorations dans les domaines de la santé et de l'éducation et afficher, en conséquence, un indice du développement humain élevé (voir tableau A1). L'espérance de vie à la naissance et le taux de scolarisation sont nettement supérieurs à ceux observés dans d'autres pays de la région, ce qui démontre qu'une approche intégrée du développement économique et social a des effets positifs. En augmentant l'investissement social, y compris pendant la période d'ajustement structurel, Maurice a par la suite été en mesure de résister aux effets de contagion de la crise financière qui a frappé l'Asie du Sud-Est.

Tableau A1. Maurice: indicateurs clés

PIB (en milliards de dollars E.-U. courants)	2008	8,7
RNB par habitant, selon la méthode de l'Atlas (en dollars E.-U. courants)	2008	6 400
Stock de la dette extérieure (en % du RNB)	2007	62,1
Espérance de vie à la naissance, total (en années)	2007	72
Population totale (en millions)	2008	1,3
Croissance annuelle de la population (en %)	2008	0,6
Taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire (en %)	2007	95,4
Superficie (en milliers de km ²)	2008	2,0
Classement selon l'IDH	2009	81

Sources: Banque mondiale, 2009; PNUD, 2009.

Cadre d'action

En 1998, Maurice a connu une période marquée par une ambitieuse réforme des pensions, à laquelle une commission regroupant des représentants des travailleurs (All Workers' Commission on Pension Rights) a apporté sa contribution. Le processus de consultation a impliqué le mouvement syndical et d'autres organisations de la société civile. Des politiques et une législation complètes et coordonnées sont en place en matière d'assurance sociale et d'assistance sociale. De ce point de vue, Maurice dispose d'un système de sécurité sociale bien développé.

Financement

Maurice dispose d'un vaste dispositif de protection sociale, comprenant un système public d'assistance sociale non contributif qui sert des allocations en espèces aux populations pauvres et vulnérables et un système d'assurance sociale contributif. Le tableau A2, qui présente des chiffres et estimations sur les dépenses publiques de sécurité sociale pour la période 2008-2011, témoigne de l'étendue et de la portée du système de sécurité sociale. En 2008-09, les dépenses de sécurité sociale ont représenté 11,4 à 12,1 pour cent du total des dépenses publiques. Des sommes relativement élevées sont allouées à la protection sociale dans le budget, même s'il est difficile de déterminer avec certitude ce que recouvre ce poste budgétaire.

Programmes

La pension de vieillesse de base est universelle et couvre donc tous les ressortissants mauriciens de 60 ans ou plus qui ont résidé à Maurice pendant au moins douze ans après leur 18^e anniversaire (à noter toutefois que ce critère de résidence ne s'applique pas aux ressortissants de 70 ans ou plus). Il s'agit d'une pension non contributive, dont le coût est intégralement assumé par l'Etat. Des allocations familiales sont versées, au titre des enfants de moins de 15 ans, aux familles défavorisées qui comptent trois enfants au moins. Il existe un certain nombre d'autres pensions et allocations connexes, notamment une pension de veuvage (survivant), une pension d'orphelin et une allocation de tuteur.

Il existe par ailleurs un régime d'assurance-vieillesse contributif lié au revenu d'activité qui couvre les salariés, si bien que Maurice dispose d'un système intégré mixte public-privé lié au revenu. Les salariés sont tenus de verser entre 3 et 5 pour cent de leur revenu d'activité (selon divers accords, notamment passés par l'employeur). Les travailleurs indépendants et les personnes sans emploi peuvent cotiser volontairement au régime. Le régime est essentiellement financé par les cotisations versées par les employeurs et par les cotisations volontaires, et l'Etat comble les déficits éventuels. La législation nationale sur les pensions prévoit aussi une couverture liée au travail au titre des accidents, des maladies et de l'invalidité, tandis que la législation sur le chômage contient des dispositions sur l'assurance-chômage, dont le coût est supporté par l'Etat.

Administration

L'administration générale des programmes est assurée par le ministère en charge de la sécurité sociale (ministère de la Sécurité sociale, de la Solidarité nationale et du Bien-être des personnes âgées et des Institutions de la réforme) tandis que les prestations de chômage sont administrées par le ministère du Travail, des Relations industrielles et de l'Emploi.

Tableau A2. Maurice: dépenses publiques de sécurité sociale et estimations, 2008-2011

Programme	Exercice budgétaire 2008-09		2010 (est.)	2011 (est.)
	Estimations révisées	Estimations approuvées		
	Millions de roupies de Maurice	Millions de roupies de Maurice		
Stratégie et gestion des affaires sociales	49,1	41,2	53,2	56,4
Protection sociale	852,3	936,7	897,4	901,0
Gestion du système national de pension	7 717,1	7 809,5	8 126,5	8 180,3
Probation et réadaptation sociale	52,4	44,8	64,8	66,5
Bien-être social	211,1	187,8	173,1	135,8
Total des dépenses du ministère des Finances	8 882,0	9 020,0	9 315,0	9 340,0
Total des dépenses publiques	78 175,0	74 800,0	80 566,0	84 784,0
Dépenses de sécurité sociale en pourcentage du total des dépenses publiques	11,4	12,1	11,6	11,0

Source: Maurice, ministère des Finances, 2008.

Leçons de l'expérience

Trois leçons méritent d'être tirées de cette étude de cas:

1. L'intégration de l'objectif social et de l'objectif de croissance économique a permis à Maurice de connaître un développement durable et équilibré. L'importance accordée aux services sociaux gratuits, notamment à l'accès à l'éducation et à la santé, a permis au pays d'être classé parmi les pays à développement humain élevé selon l'Indice du développement humain (IDH) (81^e position en 2009). Des progrès significatifs sont actuellement réalisés en ce qui concerne le bien-être de la population.
2. Les réformes apportées aux politiques et aux programmes ont été engagées de façon éclairée grâce à la participation, à divers stades du processus, de toutes les parties prenantes, y compris des syndicats et organisations de la société civile.
3. L'espérance de vie, supérieure à la moyenne (72 ans), est un bon indicateur des progrès réalisés, même si le fait que la population vive plus longtemps aura pour corollaire une sollicitation accrue de la sécurité sociale en matière de versement de pensions et d'autres formes d'aide. Le relèvement progressif de l'âge de la retraite, qui passera de 60 à 65 ans sur dix ans à compter de 2008, témoigne d'une prise de conscience de ce facteur.

Malgré ces avancées, le gouvernement de Maurice «reconnait que le système de sécurité sociale en place ne s'est adapté que lentement à la modernisation et à l'évolution rapides de la société» et qu'il est «nécessaire de cibler plus efficacement les programmes d'assistance sociale et de prendre des mesures pour augmenter encore le nombre de bénéficiaires des services destinés aux groupes les plus vulnérables». Il serait aussi nécessaire de mettre en place une base de données centralisée et accessible, qui contiendrait les politiques, réglementations et les dispositifs de protection sociale dont peuvent bénéficier les citoyens.

(Des informations complètes sur le système de protection sociale mauricien peuvent être consultées à l'adresse suivante: <http://www.gov.mu/portal/goc/mof/files/20052006/social.pdf> et <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/2006-2007/africa/mauritius.pdf>.)

Namibie

Le système de sécurité sociale de la Namibie a subi diverses réformes depuis 1990, année où le pays a accédé à l'indépendance et à partir de laquelle la législation et la réglementation devaient garantir la disparition de la discrimination raciale. En 1994 et 1998, la législation sur la sécurité sociale a été amendée pour permettre aux salariés de bénéficier de prestations de chômage, de maladie, de maternité et autres prestations liées à l'emploi. La Namibie a connu plusieurs crises

sociales: le chômage et la pauvreté sont élevés et une forte proportion des jeunes ne parvient pas à s'intégrer au marché du travail faute de croissance de l'emploi. Les zones rurales et périurbaines se caractérisent par une pauvreté et des inégalités extrêmes. Comme le montre le tableau A3, l'espérance de vie est faible, s'établissant à 53 ans, ce qui est lié à un manque d'accès à des soins de santé abordables et aux conséquences de la pandémie de VIH/sida.

Tableau A3. Namibie: indicateurs clés

PIB (en milliards de dollars E.-U. courants)	2008	8,6
RNB par habitant, selon la méthode de l'Atlas (en dollars E.-U. courants)	2008	4 200
Espérance de vie à la naissance, total (en années)	2007	53
Population totale (en millions)	2008	2,1
Croissance annuelle de la population (en %)	2008	1,6
Taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire (en %)	2007	86,5
Superficie (en milliers de km ²)	2008	824,3
Classement selon l'IDH	2009	128

Sources: Banque mondiale, 2009; PNUD, 2009.

Cadre d'action

En Namibie, il existe un soutien politique fort en faveur de la protection sociale. L'amélioration de la vie des Namibiens occupe une place importante dans Vision 2030, un ambitieux plan d'action adopté en 2004 géré et supervisé par la Commission de planification nationale et visant à transformer la Namibie en un pays industrialisé et prospère à l'horizon 2030. Le plan de protection sociale est une composante de Vision 2030. Différents textes législatifs ont été adoptés pour garantir que les services de protection sociale ciblent effectivement ceux qui en ont besoin. Le principal texte est la loi sur la sécurité sociale.

Financement

Dans le budget de l'Etat de l'exercice budgétaire 2008-09, le poste «Sécurité sociale et services sociaux» a progressé, représentant 10,3 pour cent des dépenses publiques totales contre 9,3 pour cent en 2007-08. Ce poste n'englobe pas les dépenses de santé et d'éducation, qui sont comptabilisées séparément. L'Etat finance un important régime de pensions sociales en faveur des personnes âgées ainsi que d'autres dispositifs d'aide en faveur des familles et des enfants. Il existe un fonds de développement pour les personnes défavorisées sur le plan socio-économique et pour les étudiants de l'enseignement supérieur.

Programmes

La Namibie a introduit une pension sociale dans les années soixante-dix et est maintenant dotée de neuf programmes de transferts en espèces. Parmi ces programmes figurent une allocation d'entretien pour les enfants de moins de 18 ans dont les parents disposent d'un revenu inférieur à un plafond et un vaste système d'assistance sociale en faveur des pensionnés âgés, des anciens combattants et des personnes handicapées (dont les personnes atteintes de sida déclaré). La pension sociale de vieillesse est universelle et permet donc un recul de la pauvreté et de la vulnérabilité parmi les personnes âgées. Il n'existe toutefois pas de système national d'assurance en Namibie.

Administration

La Commission de la sécurité sociale administre la loi sur la sécurité sociale qui a essentiellement instauré des prestations liées à l'emploi, telles que prestations de maternité, de décès et de maladie ainsi qu'une indemnisation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Il faudrait renforcer les capacités institutionnelles locales pour concevoir, élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer les programmes de protection sociale. En outre, la gestion des divers mécanismes de sécurité sociale relève de différentes parties de l'administration et cette fragmentation est peu propice à une coordination efficace.

Initiatives non gouvernementales

En janvier 2008, dans le secteur d'Otjivero-Omitara, à une centaine de kilomètres à l'est de Windhoek, une association baptisée Namibian Basic Income Grant Coalition (BIG Coalition) a lancé un projet prévoyant le versement sans conditions d'une allocation de revenu minimum (Basic Income Grant, BIG) de 100 dollars namibiens à tous les résidents de moins de 60 ans. L'allocation est accordée à toute personne enregistrée comme résidente du secteur d'Otjivero-Omitara en juillet 2007, quelle que soit sa situation économique et sociale. Le projet, conçu et mis en œuvre par la BIG Coalition, implique des représentants d'organisations de la société civile, des syndicats et du Conseil des Eglises.

Les financements nécessaires à la mise en place du projet ont été obtenus auprès de la société civile et de donateurs. La phase pilote a pris fin en décembre 2009. Les premières évaluations font état d'améliorations significatives au niveau de la qualité de vie globale de la population, de progrès au niveau du développement économique local et d'une augmentation de la participation sociale et de la cohésion sociale.

Leçons de l'expérience

1. Bien que le RNB soit élevé, les pensions universelles de vieillesse et d'invalidité ont stimulé les marchés locaux de production de biens et services. En plus d'atténuer le dénuement de ses bénéficiaires, la pension de vieillesse soutient plusieurs ménages.
2. La pension sociale et d'autres allocations ont apporté la preuve de leur capacité à faire office de stabilisateurs économiques et sociaux. Des données montrent que les sommes versées sous forme de pension sociale sont dépensées pour permettre aux enfants d'aller à l'école, même si les possibilités de scolarisation restent insuffisantes. En Namibie, l'inscription à l'école progresse régulièrement (voir tableau A3).
3. Le projet pilote d'allocation du revenu minimum est le premier transfert en espèces universel de cette nature en Afrique. Il s'agit d'une solution innovante proposée par la société civile et démontrant l'intérêt des transferts en espèces non conditionnels en termes de promotion du développement humain, d'augmentation de la consommation et de la croissance locales, de réduction du dénuement extrême et de facilitation de l'insertion sociale.
4. Les premières évaluations du projet pilote d'allocation du revenu minimum confirment les constatations sur l'impact des transferts en espèces en termes de recul de la pauvreté et de promotion de la croissance économique dans le reste de la Namibie. Elles indiquent que le projet a eu d'importantes conséquences économiques et sociales positives localement. Au nombre de ces conséquences figurent l'augmentation de la fréquentation scolaire, la diminution du taux d'abandon scolaire, qui est passé de 30-40 pour cent à 5 pour cent, une baisse de 20 pour cent des taux de criminalité et une diminution du taux de malnutrition des enfants, qui est passé de 42 à 17 pour cent. Le fait que la croissance du revenu total de la communauté ait été supérieure au montant total des allocations versées montre que ce transfert en espèces contribue à stimuler la croissance via la consommation et est utilisé pour créer d'autres activités économiques.

Afrique du Sud

L'Afrique du Sud est dotée d'un système de sécurité sociale non contributif bien établi, qui connaît des réformes d'envergure depuis 1994. Au nombre des tâches qui attendaient le gouvernement démocratique de l'après-apartheid figurait l'élimination des inégalités raciales et géographiques au sein du système de sécurité sociale. Comme la Namibie, l'Afrique du Sud occupe une position moyenne dans la catégorie «développement humain moyen» du classement selon l'IDH, même si elle aspire à accéder à la catégorie «développement humain élevé».

Tableau A4. Afrique du Sud: indicateurs clés

PIB (en milliards de dollars E.-U. courants)	2008	276,8
RNB par habitant, selon la méthode de l'Atlas (en dollars E.-U. courants)	2008	5 820
Stock de la dette extérieure (en % du RNB)	2007	15,8
Espérance de vie à la naissance, total (en années)	2007	50
Population totale (en millions)	2008	48,7
Croissance annuelle de la population (en %)	2008	1,7
Taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire (en %)	2007	85,8
Superficie (en milliers de km ²)	2008	1 219,1
Classement selon l'IDH	2009	129

Sources: Banque mondiale, 2009; PNUD, 2009.

Cadre d'action

Dans son paragraphe 27 (1) (c), la Constitution de la République d'Afrique du Sud de 1996 consacre la sécurité sociale comme un droit et fait obligation à l'Etat d'adopter des mesures législatives et des programmes réalistes pour concrétiser progressivement ce droit. Des réformes de grande ampleur de la sécurité sociale ont été engagées et ont conduit à amender des textes et à en adopter de nouveaux pour réglementer l'assistance sociale et l'assurance sociale, notamment l'aide médicale, l'assurance-chômage et les systèmes de pension. Parmi ces textes figurent, entre autres, les lois de 2004 sur l'assistance sociale et de 2001 sur la caisse d'assurance-chômage. Le gouvernement a adopté une approche qui va dans le sens de la mise en place d'un système de protection sociale complet et considère, au niveau de l'action publique, que les soins de santé, l'éducation, les prestations liées à l'emploi et l'assistance sociale sous forme d'allocations en espèces et de programmes visant à lutter contre la pauvreté font partie intégrante de son action.

Tableau A5. Afrique du Sud: quelques indicateurs de développement social, 2004-2008

	2004	2006	2008
Nombre de bénéficiaires d'allocations sociales (milliers)	9 407	11 983	13 386
% de ménages			
du quintile inférieur percevant une forme quelconque d'allocation	40,2	69,4	75 (est.)
déclarant avoir des enfants souffrant souvent ou constamment de la faim	5,2	2,4	2,0
% d'enfants de 7 à 18 ans scolarisés	94,3	94,1	94,7 (2007)
Professionnels de santé publique pour 100 000 Sud-Africains non assurés	20 (2003)	24	26
Mortalité infantile pour 100 000 naissances	48,8	46,5	45,2 (2007)

Source: Afrique du Sud, Trésor national, 2009.

Financement

Pour accompagner les réformes des politiques et de la législation engagées dans le domaine de la sécurité sociale, l'Etat affecte des enveloppes budgétaires importantes à l'extension de la sécurité sociale sous forme d'assistance sociale (allocations sociales) en faveur de ceux qui remplissent les conditions requises (voir le tableau sur les dépenses d'allocations sociales). Depuis 1994, le gouvernement a fortement augmenté le budget consacré aux allocations sociales.

Tableau A6. Afrique du Sud: dépenses d'allocations sociales, de 2005-06 à 2011-12
(pourcentage du PIB)

	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12
	Résultats préliminaires				Estimations à moyen terme		
Millions de rands							
Allocations sociales	50 708	57 032	62 467	71 161	80 380	88 126	95 237
Agence sud-africaine de sécurité sociale	3 324	3 819	4 551	4 610	5 135	5 589	6 047
Total	54 032	60 851	67 018	75 771	85 515	93 715	101 284
Pourcentage du PIB	3,40	3,40	3,20	3,30	3,50	3,50	3,40

Source: Afrique du Sud, Trésor national, 2009.

Les allocations sociales sont financées par les recettes fiscales générales. La croissance économique ayant été lente mais durable ces dix dernières années, les dépenses publiques consacrées aux allocations sociales se sont maintenues à un niveau compris entre 3,2 et 3,5 pour cent du PIB.

Programmes

L'Afrique du Sud est dotée de dispositifs d'assistance sociale non contributifs sous forme de transferts en espèces en faveur des catégories de la population suivantes.

- Allocation d'aide aux enfants (CSG). Elle a pour but de faire reculer la pauvreté parmi les enfants et est versée, jusqu'au 16^e anniversaire de l'enfant, à la personne qui s'occupe d'un enfant vivant dans un ménage en situation de pauvreté monétaire. Le nombre de personnes qui font valoir leurs droits à cette prestation a augmenté ces quatre dernières années et, aujourd'hui (en 2010), des millions d'enfants bénéficient de l'allocation.
- Pension sociale de vieillesse. La pension est versée aux femmes de 60 ans ou plus et aux hommes de 63 ans ou plus en situation de pauvreté monétaire. L'âge que doivent atteindre les hommes pour en bénéficier est abaissé progressivement jusqu'à 60 ans.
- Allocation d'invalidité. L'allocation est versée aux femmes de 18 à 60 ans et aux hommes de 18 à 65 ans en situation de pauvreté monétaire et médicalement reconnus invalides. Il existe également une allocation pour les personnes atteintes du sida en situation de pauvreté monétaire.
- Une allocation pour famille d'accueil est versée au titre de la prise en charge d'enfants de 0 à 18 ans placés en famille d'accueil sur décision judiciaire. Le tribunal peut prendre une décision de prolongation qui permet de percevoir l'allocation au titre de l'enfant jusqu'à son 21^e anniversaire s'il est toujours scolarisé.
- Une allocation pour enfant dépendant est versée au titre de la prise en charge d'enfants handicapés âgés de 1 à 18 ans.
- Une pension en faveur des anciens combattants.
- Une allocation pour atténuer la détresse sociale.

Les bénéficiaires d'allocations sociales doivent satisfaire à des critères de ressources mais, en réalité, la pension de vieillesse sociale et l'allocation d'aide aux enfants sont quasi universelles du fait de l'ampleur de la pauvreté monétaire liée au chômage et au manque d'emplois rémunérés.

Sécurité sociale contributive

La Caisse d'assurance-chômage verse des prestations de chômage aux salariés, des indemnités au titre du congé de maternité et des prestations aux salariés malades ou handicapés pour une raison liée à leur travail. Elle est financée par les cotisations des salariés et des employeurs et par une contribution de l'Etat égale à 25 pour cent des coûts.

Le Fonds d'indemnisation des accidents de la route, financé par une taxe sur les carburants spécifique, indemnise les victimes d'accidents de voiture.

L'Afrique du Sud est dotée d'un système de sécurité sociale contributif (financé par des cotisations des employeurs et des salariés) bien établi pour les travailleurs du secteur privé employés à plein temps pour une durée indéterminée. L'Etat gère un régime de retraite spécifique pour ses agents, et il existe également plusieurs systèmes de retraite privés pour les personnes qui travaillent en dehors du secteur public. Il n'en reste pas moins que le système de retraite exclut 42 pour cent des travailleurs du secteur formel qui perçoivent un revenu insuffisant pour pouvoir s'affilier ou qui travaillent dans certains secteurs et sont soumis à des conditions d'emploi qui ne leur permettent pas de s'affilier. Ces personnes, qui atteignent la retraite sans avoir pu épargner et sans disposer d'une sécurité du revenu, sont celles qui se tournent vers la pension sociale versée par l'Etat.

Il existe aussi d'énormes lacunes dans la protection sociale des chômeurs, des demandeurs d'emploi, des travailleurs du secteur informel et de l'économie rurale.

Administration

Les dispositifs de protection sociale non contributifs sont financés par l'Etat sous la supervision du Département du développement social et sont mis en œuvre par l'Agence sud-africaine de sécurité sociale (SASSA) – un organisme financé par l'Etat.

Leçons de l'expérience

1. Après 1994, l'Etat a rapidement consacré la sécurité sociale en tant que droit et s'est mobilisé pour que ce droit devienne réalité en mettant en œuvre des programmes d'envergure.
2. Le processus de réforme a impliqué une grande diversité de parties prenantes représentant les travailleurs, les organisations de la société civile, l'Etat et le secteur privé.
3. La mobilisation active et organisée de la société civile en faveur d'une réduction effective de la pauvreté via des allocations sociales est venue appuyer les efforts déployés par l'Etat pour étendre l'assistance sociale.
4. Les diverses études sur la réforme de la sécurité sociale ont comporté des évaluations des coûts des réformes et conclu à la nécessité d'éliminer d'importants obstacles à l'accès fondés sur la race, le sexe, l'âge, le handicap et autres facteurs d'exclusion.
5. Les programmes d'assistance sociale financés par l'Etat prenant la forme de transferts en espèces sont les meilleurs instruments de lutte contre la pauvreté en termes d'efficacité et de portée. Ils concernent aujourd'hui plus de 13 millions d'individus (voir tableau A5).
6. Malgré l'existence de programmes de transferts en espèces de grande ampleur, de nombreuses personnes sans formation ne trouvent pas d'emploi et vivent dans une pauvreté extrême pour des raisons liées au passé d'apartheid et d'exclusion sociale de l'Afrique du Sud. Selon les estimations, près de 30 pour cent des adultes en âge de travailler sont en situation de pauvreté chronique à cause du chômage structurel.
7. En l'absence de transferts en espèces sous forme, entre autres, d'allocations sociales, plus de 50 pour cent des ménages basculeraient en dessous d'un seuil de subsistance minimum. En 2002, les programmes d'assistance sociale en place avaient permis de réduire l'écart de pauvreté de 23 pour cent.
8. Les transferts en espèces, associés à l'accès aux soins de santé primaires, à l'enseignement primaire et à l'accès gratuit à des services élémentaires comme l'approvisionnement en eau, l'assainissement et le logement, ont permis de réduire les inégalités.

AI.2. L'extension de la protection sociale de la santé

Etant donné la crise épidémiologique qui sévit dans la région, le processus d'extension et de réforme de la protection sociale de la santé en Afrique n'est pas un choix: c'est un impératif. Il ressort de tous les indicateurs (voir chapitre 2) que la mortalité est élevée, que l'espérance de vie à la naissance est faible, que la malnutrition s'étend et que les maladies infectieuses se propagent de plus en plus. Cette situation a des conséquences catastrophiques sur les individus et leur famille, les communautés et les économies dans leur ensemble. Tandis que les gouvernements de la région œuvrent pour répondre au besoin de réforme et d'amélioration de l'accès à la santé, l'environnement

international soutient l'idée qu'il est urgent de réformer la santé et de garantir un accès à des services de santé abordables et de qualité.

Depuis l'Initiative de Bamako en 1987, certains pays d'Afrique ont réalisé des avancées en matière de réforme de la santé. L'Initiative de Bamako préconisait d'accroître l'accès aux soins de santé primaires en améliorant l'efficacité, l'efficience, la viabilité financière et l'équité des services de santé. L'objectif était de promouvoir l'accès à un ensemble intégré de soins de santé essentiels pour répondre aux besoins de santé élémentaires des communautés, favoriser l'accès aux médicaments et permettre des relations régulières entre les prestataires de soins et les communautés. Beaucoup de pays d'Afrique ont adopté l'Initiative de Bamako et cherché à développer leurs services de santé. D'autres campagnes mondiales organisées sous l'égide de l'OMS et de l'OIT ont également donné une impulsion en faveur de réformes de la santé.

Dans cette partie, huit études de cas sont présentées pour illustrer les moyens mis en œuvre pour surmonter les principaux obstacles auxquels se heurte l'extension de la protection sociale de la santé. Il importe de rappeler que l'expérience rapportée par ces études montre que, même dans un contexte très difficile, il est possible de rassembler de multiples partenaires pour qu'ils s'entendent sur l'orientation des réformes en matière de santé.

Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays enclavé de taille moyenne, qui couvre une superficie de 274 000 km² et comptait 15,2 millions d'habitants en 2008; la croissance démographique s'établit à 2,8 pour cent par an. L'espérance de vie à la naissance est faible, de 52 ans, et le PIB s'est élevé à 7,9 milliards de dollars E.-U. en 2008.

Le Burkina Faso fait partie des pays qui occupent le bas du classement selon l'IDH, se situant au 177^e rang sur 182, et a toujours été pénalisé par des mécanismes de protection sociale inadaptés. La couverture en matière de santé était extrêmement limitée, la couverture formelle totale étant estimée à 0,2 pour cent, tandis que les paiements directs représentaient 52,2 pour cent des dépenses de santé totales. Un certain nombre de facteurs liés à la pauvreté, aux taux de mortalité et au faible niveau de développement humain ont motivé le processus de réforme des soins de santé.

Réformes des politiques

Ces vingt dernières années, de nouvelles initiatives ont été lancées pour fournir une sécurité sociale, en particulier dans le secteur de la santé. La décennie écoulée a été marquée par de nets changements de cap des politiques et par de vastes réformes sur le plan de l'organisation. De nouvelles organisations ont été créées pour soutenir l'accès aux soins, promouvoir la microassurance (en particulier pour le secteur agricole) et garantir la satisfaction des besoins humains essentiels. Ces résultats sont en grande partie le fruit d'une mobilisation accrue de la direction de la mutualité du ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale.

Tableau A7. Burkina Faso: indicateurs clés

PIB (en milliards de dollars E.-U. courants)	2008	7,9
RNB par habitant, selon la méthode de l'Atlas (en dollars E.-U. courants)	2008	480
Stock de la dette extérieure (en % du RNB)	2007	21,7
Espérance de vie à la naissance, total (en années)	2007	52
Population totale (en millions)	2008	15,2
Croissance annuelle de la population (en %)	2008	2,9
Taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire (en %)	2008	58,1
Superficie (en milliers de km ²)	2008	274,0
Classement selon l'IDH	2009	177

Sources: Banque mondiale, 2009; PNUD, 2009.

Financement

Au Burkina Faso, les dépenses de santé sont passées de 7,7 milliards de francs CFA en 1990 à 33 milliards de francs CFA en 2000. Les dépenses ont été prioritairement consacrées aux soins de santé décentralisés, notamment à l'augmentation de la fréquentation d'établissements publics de soins primaires (dont le nombre a beaucoup augmenté), à la délivrance de médicaments et traitements essentiels et à la libéralisation générale de l'offre de soins de santé dans le secteur public comme dans le secteur privé. Au cours de la période de réforme, l'affectation des dépenses de santé a sensiblement évolué, les budgets consacrés aux investissements dans le système (essentiellement les infrastructures) ayant été proportionnellement plus élevés que les dépenses de personnel.

L'un des aspects essentiels du programme de réforme a été la mise en place de mécanismes de recouvrement des coûts destinés à couvrir une partie du coût de l'amélioration des soins de santé. Les dépenses publiques générales de santé en pourcentage des dépenses de santé totales ont sensiblement augmenté, passant de 39,6 pour cent en 2000 à 56,9 pour cent en 2006 (tableau A8). Dans le même temps, les paiements directs ont diminué, passant de 94,4 pour cent à 91,5 pour cent, ce qui témoigne d'une certaine amélioration dans l'accès aux soins de santé.

Les dépenses de santé financées par des ressources extérieures ont progressé, si bien que les dépenses de sécurité sociale pour la santé en proportion des dépenses publiques totales ont diminué, passant de 0,8 pour cent en 2000 à 0,2 pour cent en 2006. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait que des mécanismes de financement mixtes sont maintenant en place au Burkina Faso, comme le montre le tableau A8. D'importants régimes de microassurance à base communautaire, le recours à des ressources extérieures et l'augmentation des dépenses privées améliorent actuellement l'accès aux soins de santé.

Tableau A8. Burkina Faso: dépenses de santé, 2000 et 2006

	2000	2006
Total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut	5,1	6,3
Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses de santé	39,6	56,9
Dépenses privées de santé en pourcentage du total des dépenses de santé	60,4	43,1
Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses publiques	8,9	15,8
Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en pourcentage du total des dépenses de santé	13,9	32,9
Dépenses de sécurité sociale pour la santé en pourcentage du total des dépenses publiques de santé	0,8	0,2
Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé	94,4	91,5
Assurances privées par prépaiement en pourcentage des dépenses privées de santé	1,0	2,1
Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (dollars E.-U.)	11	27
Total des dépenses de santé par habitant (dollars internationaux PPA)	41	73
Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (dollars E.-U.)	4	15
Dépenses publiques de santé par habitant (dollars internationaux PPA)	16	41
Total de la couverture formelle en pourcentage de la population (Etat, régimes de protection sociale, régimes d'assurance privés et mutuelles de santé)	0,2	

Sources: OMS, 2009; BIT, 2008g.

Progrès dans la fourniture de soins

La surveillance publique des établissements de soins régionaux et de district a été renforcée et l'offre de médicaments a été rationalisée. Une législation visant à promouvoir l'expansion du secteur de santé privé a été introduite. La gouvernance des hôpitaux a été réorientée dans le sens d'une amélioration du fonctionnement des établissements hospitaliers.

Leçons de l'expérience

1. La réforme de la santé a bénéficié d'un fort soutien politique et pratique et a été conduite avec la participation de partenaires nationaux et internationaux.
2. Un système de financement mixte a été introduit, associant une participation de l'Etat, des régimes de microassurance à base communautaire, le secteur privé et des ressources extérieures. Ce système a permis d'augmenter les dépenses publiques de santé de façon progressive.
3. Les besoins en personnel du secteur de la santé ont été négligés, ce qui a eu une incidence sur la qualité des soins primaires et l'accès à ces soins.
4. Malgré l'ampleur de ces réformes et de ces augmentations de ressources, les résultats attendus n'ont pas été obtenus. Ainsi, l'utilisation des services de soins primaires n'a pas augmenté de façon significative. La raison en est que l'amélioration de l'accès aux établissements de soins primaires et l'augmentation de l'offre de médicaments se sont heurtées à la hausse des coûts à assumer par les patients. L'introduction d'un mécanisme de recouvrement partiel des coûts pour les soins de santé s'est accompagnée d'une moindre utilisation des établissements de soins publics (Haddad *et al.*, 2006).

Egypte

Bien qu'étant un pays à faible revenu, dont l'économie, peu dynamique, connaît une croissance faible et dont les taux de chômage et de pauvreté sont élevés, l'Egypte dispose d'un vaste réseau d'établissements de soins et offre de nombreux choix à ses citoyens. Le système d'assurance-maladie égyptien, restreint mais bien établi, est géré par l'Organisation de l'assurance-santé et couvre environ 50 pour cent de la population. Les soins hospitaliers sont essentiellement dispensés dans des hôpitaux dont l'Organisation de l'assurance-santé est propriétaire et assure la gestion. Près d'un tiers des dépenses de santé est consacré aux produits pharmaceutiques. Toutefois, le secteur de la santé compte un très grand nombre d'acteurs non coordonnés et la qualité de l'assurance est insuffisante. En outre, le secteur privé semble insuffisamment réglementé.

Tableau A9. Egypte: indicateurs clés

PIB (en milliards de dollars E.-U. courants)	2008	162,8
RNB par habitant, selon la méthode de l'Atlas (en dollars E.-U. courants)	2008	1 800
Stock de la dette extérieure (en % du RNB)	2007	23,2
Espérance de vie à la naissance, total (en années)	2008	70
Population totale (en millions)	2008	81,5
Croissance annuelle de la population (en %)	2008	1,8
Taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire (en %)	2007	95,7
Superficie (en milliers de km ²)	2008	1 001,5
Classement selon l'IDH	2009	123

Sources: Banque mondiale, 2009; PNUD, 2009.

Réforme des politiques

En 1997, le gouvernement a engagé un processus de réforme du système de santé censé se dérouler jusqu'en 2018 afin d'améliorer l'offre, la qualité et l'efficacité de ce système. L'un des principaux volets de la réforme est un modèle de santé familiale qui a pour objectif la création et l'amélioration de services de santé de district à travers une approche plus décentralisée. La principale difficulté réside dans le fait que les capacités administratives et de gestion ne sont pas suffisantes pour mettre le système en place dans les régions qui posent le plus de problèmes.

Financement

Le système d'assurance-maladie est financé par des cotisations qui peuvent atteindre 4 pour cent du salaire et sont versées à hauteur de 25 pour cent par le salarié, l'employeur acquittant le solde. Il existe des taux plus faibles pour les pensionnés et les veuves ainsi qu'un taux subventionné pour les fonctionnaires. Les prestations du système d'assurance sont beaucoup plus élevées que celles du système public de santé. Par ailleurs, un projet visant à améliorer la couverture du régime, en particulier pour les salariés, a été adopté.

Tableau A10. Egypte: dépenses de santé, 2000 et 2006

	2000	2006
Total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut	5,6	6,3
Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses de santé	40,1	41,4
Dépenses privées de santé en pourcentage du total des dépenses de santé	59,9	58,6
Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses publiques	7,5	7,3
Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en pourcentage du total des dépenses de santé	1,0	0,8
Dépenses de sécurité sociale pour la santé en pourcentage du total des dépenses publiques de santé	23,8	26,4
Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé	94,1	94,9
Assurances privées par prépaiement en pourcentage des dépenses privées de santé	0,4	0,2
Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (dollars E.-U.)	82	92
Total des dépenses de santé par habitant (dollars internationaux PPA)	208	320
Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (dollars E.-U.)	33	38
Dépenses publiques de santé par habitant (dollars internationaux PPA)	84	132
Total de la couverture formelle en pourcentage de la population (Etat, régimes de protection sociale, régimes d'assurance privés et mutuelles de santé)	47,6	

Sources: OMS, 2009; BIT, 2008g.

Leçons de l'expérience

1. L'extension de la couverture en matière de santé est un processus en cours; les résultats, en termes d'amélioration et d'extension, ne sont pas encore évidents.
2. Des augmentations des dépenses publiques de santé ont été introduites progressivement et la priorité a été donnée à la décentralisation des services de soins de santé pour que ces services touchent un public plus vaste.
3. Dans le cadre du processus de réforme, l'accent a été mis sur la volonté de rendre les soins de santé familiale abordables et accessibles.
4. Il est nécessaire d'impliquer les laboratoires pharmaceutiques dans le processus de réforme du secteur de santé afin qu'ils s'engagent également à réduire le coût, actuellement élevé, des médicaments et des fournitures médicales.

Kenya

Ces dernières années, le Kenya a connu une croissance économique impressionnante, qui a permis de faire reculer le taux de pauvreté de 10 pour cent par rapport à 2000, jusqu'à 46 pour cent de la population. Il n'en subsiste pas moins de profondes inégalités sociales, ethniques et géographiques. Bien que le pays soit en bonne voie pour atteindre totalement ou partiellement les OMD, selon les projections actuelles, il n'atteindra probablement pas ceux liés à la mortalité des enfants et à la santé maternelle. Outre l'insuffisance des ressources des ménages, la pénurie de personnel de santé qualifié, en particulier dans les zones rurales, fait sérieusement obstacle à l'accès à des soins de qualité.

Un peu plus de 50 pour cent du total des dépenses de santé sont financés par des paiements directs et 16 pour cent par la Caisse nationale pour soins hospitaliers (National Hospital Insurance Fund, NHIF). La NHIF a été établie en 1966, ce qui a fait du Kenya un des premiers pays d'Afrique à introduire l'assurance-maladie obligatoire. Elle couvre les travailleurs du secteur formel et les travailleurs indépendants; depuis peu, les pensionnés et les «groupes organisés» peuvent s'affilier volontairement. Au total, le régime compte 1,5 million de membres qui, avec leurs ayants droit, représentent 25 pour cent de la population (2007). Il prend en charge les soins hospitaliers et la plupart des hospitalisations à concurrence d'un nombre de jours défini.

Tableau A11. Kenya: indicateurs clés

Population totale (en millions)	2008	39,8
PIB par habitant (dollars internationaux PPA)	2008	1 711
Espérance de vie à la naissance, total (en années)	2007	53
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	2007	80
Taux de mortalité pour 1 000 naissances vivantes	2007	121
Taux de mortalité maternelle pour 1 000	2007	410
Dépenses de santé par habitant (en dollars E.-U.)	2006	105
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé (en %)	2008	60
Déficit d'accès mesuré en fonction du nombre de naissances assistées par du personnel médical qualifié (en %)	2008	58

Sources: BIT, 2008g; UNICEF, 2009; FMI, 2009b; OMS, 2009.

Un projet de loi prévoyant la création d'une Caisse nationale publique d'assurance-maladie (National Social Health Insurance Fund, NSHIF) a été soumis au parlement en 2004 mais n'a pas encore été adopté en raison de préoccupations budgétaires du gouvernement. La NSHIF devait être un régime d'assurance obligatoire financé par des cotisations reposant sur la solidarité et liées au revenu. Elle devait couvrir l'ensemble de la population, permettant ainsi à tous les citoyens d'accéder à des soins de santé abordables. En outre, l'instauration d'un fonds pour les services de santé performant devait permettre des économies et des gains d'efficacité non négligeables.

Selon les estimations du BIT, 60 pour cent de la population ne bénéficient pas d'un accès effectif aux services de santé en cas de besoin.

Rwanda

Avec la plus forte densité de population d'Afrique (environ 300 habitants par km²), le Rwanda a dû déployer des efforts hors du commun pour reconstruire la structure et l'infrastructure de son système de santé après le génocide du milieu des années quatre-vingt-dix qui l'a ravagé, a fait près d'un million de morts et encore davantage de fugitifs. Le génocide a causé une importante pénurie de professionnels de santé et a quasiment détruit l'infrastructure physique et sociale ainsi que l'économie du pays.

Tableau A12. Rwanda: indicateurs clés

PIB (en milliards de dollars E.-U. courants)	2008	4,5
RNB par habitant, selon la méthode de l'Atlas (en dollars E.-U. courants)	2008	410
Stock de la dette extérieure (en % du RNB)	2007	14,9
Espérance de vie à la naissance, total (en années)	2008	50
Population totale (en millions)	2008	9,7
Croissance annuelle de la population (en %)	2008	2,8
Taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire (en %)	2007	93,6
Superficie (en milliers de km ²)	2008	26,3
Classement selon l'IDH	2009	167

Sources: Banque mondiale, 2009; PNUD, 2009.

Réformes des politiques

Après 1996, un nouveau projet de système de santé a été introduit dans un document intitulé Vision 2020 qui, dans l'esprit de l'Initiative de Bamako, était axé sur:

- les soins de santé primaires;
- la décentralisation;
- la participation de la communauté au système de santé;
- le développement des ressources humaines;
- le renforcement du système d'information sanitaire; et
- une approche transsectorielle de la santé.

Un régime d'assurance sociale a aussi été mis en place pour que la population, en particulier les communautés pauvres, ait accès aux soins de santé et services connexes. En 2001, un régime d'assurance médicale a été créé pour les fonctionnaires. En ce qui concerne les salariés du secteur privé, l'accès aux soins médicaux relève de la responsabilité de l'employeur. Ce dernier peut soit s'affilier au régime des fonctionnaires, soit passer un contrat avec des compagnies d'assurance privées. La population générale, y compris les personnes qui vivent en secteur rural et qui travaillent dans le secteur informel, a accès aux soins via des mutuelles de santé, dont le nombre augmente rapidement depuis 2001. Selon les chiffres du ministère des Finances et de la Planification économique, une grande majorité (85 pour cent) de la population rwandaise est désormais couverte par ces programmes d'assurance. Les membres ont accès à tous les services et médicaments dispensés dans les centres de soins et les hôpitaux. Les prothèses et la chirurgie esthétique sont exclues de la couverture.

Capacités institutionnelles

La mise en œuvre des orientations définies suppose à la fois des capacités institutionnelles et des moyens financiers. Le gouvernement du Rwanda œuvre en permanence à la réalisation de cet objectif. Il a créé l'Institut supérieur de santé de Kigali dont la vocation première est de former des professionnels de santé pour le pays (essentiellement du personnel technique et infirmier).

Tableau A13. Rwanda: dépenses de santé, 2000 et 2006

	2000	2006
Total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut	4,2	10,9
Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses de santé	39,2	42,5
Dépenses privées de santé en pourcentage du total des dépenses de santé	60,8	57,5
Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses publiques	8,2	18,8
Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en pourcentage du total des dépenses de santé	52,0	52,4
Dépenses de sécurité sociale pour la santé en pourcentage du total des dépenses publiques de santé	6,4	4,1
Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé	40,7	38,6
Assurances privées par prépaiement en pourcentage des dépenses privées de santé	0,9	9,2
Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (dollars E.-U.)	9	33
Total des dépenses de santé par habitant (dollars internationaux PPA)	24	89
Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (dollars E.-U.)	4	14
Dépenses publiques de santé par habitant (dollars internationaux PPA)	9	38
Total de la couverture formelle en pourcentage de la population (Etat, régimes de protection sociale, régimes d'assurance privés et mutuelles de santé)	36,6	

Sources: OMS, 2009; BIT, 2008g.

Financement

Le rétablissement et l'extension de l'accès aux soins de santé primaires ont nécessité une hausse substantielle du budget consacré à la santé ainsi qu'un soutien et une stabilité politiques solides. Ce soutien a été bien réel, comme en témoigne l'augmentation des dépenses de santé, qui ont atteint 12 pour cent du budget national en 2008 contre 4,25 pour cent en 1996. Une part égale à 60 pour cent de ce budget a été décentralisée sous forme de dotations aux différents districts sanitaires.

Le financement du tout nouveau régime d'assurance sociale et de la nouvelle stratégie en matière d'assurance sociale est essentiellement assuré par les donateurs, si bien que des formes de financement plus pérennes et de plus long terme que celles qui existent actuellement sont nécessaires.

Le taux de cotisation appliqué aux fonctionnaires est égal à 15 pour cent du salaire de base, dont 7,5 pour cent sont payés par l'employeur et 7,5 pour cent par le salarié. Pour le personnel militaire, le taux de cotisation est de 22,5 pour cent du salaire brut, dont 17,5 pour cent sont versés par l'Etat et 5 pour cent par le membre du personnel militaire. Les mutuelles de santé sont financées par les cotisations des ménages. Le chef de famille verse habituellement une cotisation collective pour l'ensemble des ayants droit; cette cotisation est égale à 1 000 francs rwandais par membre de la famille et par an. L'assuré doit payer 10 pour cent du coût total des soins de santé dispensés. Les individus en situation d'extrême pauvreté sont exonérés de ces frais et bénéficient d'un accès gratuit aux établissements de soins.

Leçons de l'expérience

1. L'OMS fait état de progrès significatifs en matière de soins de santé, en particulier dans la lutte contre le VIH et le sida, la prévalence de la maladie étant orientée à la baisse. Le Rwanda a instauré l'une des couvertures les plus larges du monde en développement, tous les travailleurs du secteur formel étant couverts par des régimes publics ou privés et le reste de la population par des mutuelles de santé à base communautaire. Les mutuelles de santé rwandaises sont considérées comme un bel exemple de réussite en Afrique et jouent un rôle particulièrement important dans l'éradication du paludisme (Logie *et al.*, 2008).
2. Comme beaucoup de pays africains, le Rwanda manque de personnel de santé formé. La plupart des districts ne comptent que deux médecins pour 100 000 habitants, ce qui est bien en deçà du minimum de dix médecins pour 100 000 habitants préconisé par l'OMS (*ibid.*).
3. Le gouvernement a plusieurs obstacles à surmonter, en particulier un fort taux de croissance démographique, de 2,8 pour cent par an. Ce facteur risquant d'entraîner une forte sollicitation des ressources publiques, il va probablement faire de la santé génésique, de la santé maternelle et de l'éducation des axes d'action majeurs pour promouvoir la santé familiale et le développement de la population.
4. Un autre des handicaps à surmonter est le nombre élevé d'orphelins que compte le pays et qui doivent être pris en charge financièrement et du point de vue de la santé.

Sénégal

Ces trente dernières années, le gouvernement du Sénégal a érigé la fourniture de soins de santé au rang des priorités; en conséquence, le budget consacré à la santé a triplé entre 1980 et 2000. Les indicateurs sanitaires sont en amélioration et l'espérance de vie (à la naissance) s'est allongée de façon significative comparativement à celle affichée par beaucoup d'autres pays africains. En outre, la prévalence du VIH et du sida est relativement faible. Il n'en subsiste pas moins de fortes disparités au sein du système de santé sénégalais et de la couverture en matière de santé. La majorité des professionnels de haut niveau (notamment médecins, dentistes et pharmaciens) exercent à Dakar, la capitale. La répartition des services de santé est donc source de problèmes dans la mesure où, pour de nombreux Sénégalais, il peut être long et coûteux d'obtenir des soins essentiels de qualité.

Tableau A14. Sénégal: indicateurs clés

PIB (en milliards de dollars E.-U. courants)	2008	13,2
RNB par habitant, selon la méthode de l'Atlas (en dollars E.-U. courants)	2008	970
Stock de la dette extérieure (en % du RNB)	2007	23,4
Espérance de vie à la naissance, total (en années)	2008	56
Population totale (en millions)	2008	12,2
Croissance annuelle de la population (en %)	2008	2,6
Taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire (en %)	2007	71,9
Superficie (en milliers de km ²)	2008	196,7
Classement selon l'IDH	2009	166

Sources: Banque mondiale, 2009; PNUD, 2009.

Réformes des politiques

Au cours de la décennie écoulée, le ministère de la Santé et de la Prévention a réalisé des avancées satisfaisantes vers la réalisation des OMD liés à la santé. Ces dernières années, il a lancé un Plan décennal national de développement sanitaire qui vise à améliorer la coordination de l'offre de soins de santé sur le territoire national ainsi que l'utilisation et l'efficacité de l'aide des donateurs.

Dans le cadre des stratégies qu'il met en place pour prévenir la pauvreté, le Sénégal espère améliorer le système de protection sociale de façon à ce qu'il couvre jusqu'à 50 pour cent de la population à l'horizon 2015. Cette amélioration contribuera fortement au succès des efforts déployés pour renforcer la qualité des soins de santé.

Tableau A15. Sénégal: dépenses de santé, 2000 et 2006

	2000	2006
Total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut	4,3	5,8
Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses de santé	36,9	56,9
Dépenses privées de santé en pourcentage du total des dépenses de santé	63,1	43,1
Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses publiques	8,5	12,0
Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en pourcentage du total des dépenses de santé	17,4	12,3
Dépenses de sécurité sociale pour la santé en pourcentage du total des dépenses publiques de santé	17,9	4,0
Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé	91,7	77,0
Assurances privées par prépaiement en pourcentage des dépenses privées de santé	7,1	19,5
Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (dollars E.-U.)	20	44
Total des dépenses de santé par habitant (dollars internationaux PPA)	54	92
Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (dollars E.-U.)	7	25
Dépenses publiques de santé par habitant (dollars internationaux PPA)	20	52
Total de la couverture formelle en pourcentage de la population (Etat, régimes de protection sociale, régimes d'assurance privés et mutuelles de santé)	11,7	

Sources: OMS, 2009; BIT, 2008g.

Financement

Les dépenses publiques générales de santé ont augmenté (tableau A15) et la couverture formelle totale s'est établie à 11,7 pour cent de la population. Les paiements directs ont connu une baisse significative, étant passés d'un niveau élevé, de 91,7 pour cent, en 2000, à 77 pour cent en 2006, ce qui semble indiquer que les soins de santé deviennent plus abordables.

Les Etats-Unis (USAID) ont financé un projet auquel ont participé 149 entités administratives locales dans 22 districts sanitaires et dont a bénéficié plus d'un tiers de la population sénégalaise. Le programme prévoit notamment le versement d'une subvention complémentaire afin de fournir des ressources pour répondre aux besoins sanitaires locaux et pour améliorer la formation de personnel de santé local (USAID, 2009).

Leçons de l'expérience

1. En travaillant en partenariat avec une organisation d'aide au développement international, le gouvernement a été en mesure de mettre en œuvre un certain nombre de réformes et de financer la fourniture de services de santé au niveau des districts.
2. Le Sénégal a adopté une stratégie articulée autour de deux axes, qui a consisté à s'appuyer sur le système de santé de district et à le développer tout en renforçant le réseau d'hôpitaux dépendant de l'Etat et en améliorant sa qualité. Il n'y a pas eu d'arbitrage entre l'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux et l'extension et l'expansion des services de santé au niveau des districts.

Sierra Leone

Le régime de protection sociale de la santé de la Sierra Leone offre actuellement des services financés par l'impôt qui sont peu abordables, sont souvent inexistantes et de mauvaise qualité. Il n'existe pas de protection financière au titre des services payants et des paiements directs.

En conséquence, les indicateurs sanitaires de la Sierra Leone sont parmi les plus mauvais du monde. La faible espérance de vie et les taux de mortalité maternelle et infantile élevés montrent à quel point il est difficile d'accéder en temps opportun à des soins adaptés. Les indicateurs de déficit d'accès montrent qu'une grande partie de la population n'a pas accès à des soins adéquats du fait de la pénurie ou du manque de formation du personnel de santé, et que la majorité des grossesses et des accouchements se déroulent sans que des soins maternels appropriés soient dispensés.

Tableau A16. Sierra Leone: indicateurs clés

Population totale (en millions)	2008	5,1
PIB par habitant (dollars internationaux PPA)	2004	310
Espérance de vie à la naissance, total (en années)	2004	37-40
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	2004	165
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	2004	286
Taux de mortalité maternelle pour 100 000	2004	1 300-2 000
Dépenses de santé par habitant (en dollars E.-U.)	2007	7,5
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé (en %)	2007	88
Déficit d'accès mesuré par le nombre de naissances assistées par du personnel médical qualifié (en %)	2007	58

Sources: BIT, 2008g; UNICEF, 2009; FMI, 2009b; OMS, 2009.

Dans ce contexte, le gouvernement et les organisations de travailleurs et d'employeurs se sont engagés à faire évoluer la situation en introduisant le régime d'assurance-maladie publique de la Sierra Leone (SLESHI). Le SLESHI est conçu comme un régime universel, unitaire et national qui couvre l'ensemble de la population, y compris la population vulnérable et la population pauvre. Les discussions à ce sujet sont actuellement en cours.

Il est proposé que le régime offre des services de santé primaires et un nombre limité de soins secondaires dans les hôpitaux de district. Il est aussi envisagé que les prestations servies viennent en complément des programmes d'aide des donateurs déjà en place, par exemple dans le domaine de la protection maternelle, et que les dépenses de santé catastrophiques soient couvertes. La création du SLESHI devrait s'accompagner d'un gros effort de modernisation des établissements de soins et d'amélioration de la qualité des soins à tous les niveaux.

Le financement pourrait provenir de sources diverses, par exemple de l'impôt et de cotisations, ce qui permettrait de disposer de fonds suffisants et de garantir la pérennité financière du système. Il est proposé de dispenser la population pauvre et la population vulnérable de

cotisations et de remplacer ces dernières par des recettes fiscales et de demander aux travailleurs qui perçoivent un revenu de cotiser en fonction de leur capacité contributive. Parmi les autres sources de financement figure une cotisation payée par l'employeur; en outre, il est envisagé de réaffecter une partie (2 à 3 pour cent) des recettes de la taxe générale sur les biens et services et des recettes de TVA au financement du régime.

Le BIT apporte son entier soutien à la création du SLESHI et aux travaux préparatoires y afférents.

Tunisie

La Tunisie, qui se classe parmi les pays à développement humain moyen selon l'IDH, dispose d'un système de santé efficient et efficace dans lequel la place du secteur privé progresse depuis quelques années, même si le secteur public occupe une place prépondérante. Le pays a adopté une stratégie très intégrée en matière d'offre de soins en établissant des liens avec les plans nationaux de développement économique. Il existe un réseau d'établissements de soins de base répartis sur l'ensemble du territoire, si bien que le système de soins primaires est accessible. La plupart des Tunisiens résident très près (dans un rayon de 5 km) d'un établissement de ce type.

Tableau A17. Tunisie: indicateurs clés

PIB (en milliards de dollars E.-U. courants)	2008	40,2
RNB par habitant, selon la méthode de l'Atlas (en dollars E.-U. courants)	2008	3 290
Stock de la dette extérieure (en % du RNB)	2007	60,8
Espérance de vie à la naissance, total (en années)	2007	74
Population totale (en millions)	2008	10,3
Croissance annuelle de la population (en %)	2008	1,0
Taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire (en %)	2007	95,0
Superficie (en milliers de km ²)	2008	163,6
Classement selon l'IDH	2009	98

Sources: Banque mondiale, 2009; PNUD, 2009.

Tableau A18. Tunisie: dépenses de santé, 2000 et 2006

	2000	2006
Total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut	5,6	5,1
Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses de santé	48,5	44,2
Dépenses privées de santé en pourcentage du total des dépenses de santé	51,5	55,8
Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses publiques	6,8	6,7
Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en pourcentage du total des dépenses de santé	0,9	0,9
Dépenses de sécurité sociale pour la santé en pourcentage du total des dépenses publiques de santé	26,7	25,2
Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé	81,7	81,7
Assurances privées par prépaiement en pourcentage des dépenses privées de santé	16,6	16,6
Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (dollars E.-U.)	114	156
Total des dépenses de santé par habitant (dollars internationaux PPA)	271	355
Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (dollars E.-U.)	55	69
Dépenses publiques de santé par habitant (dollars internationaux PPA)	131	157
Total de la couverture formelle en pourcentage de la population (Etat, régimes de protection sociale, régimes d'assurance privés et mutuelles de santé)	99	

Sources: OMS, 2009a; BIT, 2008g.

Axes d'action

Le système de protection sociale de la santé tunisien est très bien classé et a permis au pays d'atteindre une espérance de vie de 74 ans. La Tunisie est l'un des rares pays d'Afrique qui soit parvenu à mettre en place une couverture quasi universelle au moyen de l'assurance, fournie par des régimes publics ou privés. L'assurance publique est fournie par la Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale. En outre, les personnes pauvres et vulnérables bénéficient d'un accès gratuit aux soins. Le système d'assurance-maladie a toutefois été confronté à une série de difficultés durant les années quatre-vingt-dix, notamment à des problèmes d'efficacité, de qualité, d'équité et de satisfaction des parties prenantes et des usagers.

Financement

Les dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé sont passées de 48,5 pour cent en 2000 à 44,2 pour cent en 2006 (tableau A18). Bien que la courbe des dépenses soit légèrement orientée à la baisse, la couverture totale de santé reste stable, s'établissant à 99 pour cent.

Leçons de l'expérience

1. La Tunisie est parvenue à mettre en place une excellente couverture en matière de santé grâce à des initiatives de réforme impulsées par le gouvernement. Les efforts de réforme actuels visent à préserver le niveau d'efficacité et d'efficacité auquel le pays est parvenu, à améliorer le financement des soins de santé et à trouver un juste équilibre entre le secteur privé, qui occupe une place de plus en plus importante, et le secteur public.
2. Le pays déploie aussi davantage d'efforts pour éliminer les disparités entre les zones côtières, bien dotées en ressources, et l'intérieur du pays, plus rural. Cette réforme se met en place dans un contexte de diminution de l'aide des donateurs justifiée par l'amélioration des principaux indicateurs sociaux du pays.
3. Le coût et la responsabilité du paiement des cotisations des employeurs comme des salariés sont inégalement répartis et les paiements directs demeurent relativement élevés.

Ouganda

L'Ouganda a fait des progrès sur le plan du recul de la pauvreté ces dernières années mais reste confronté à de graves problèmes en matière de couverture de santé et de situation sanitaire. Ses taux de mortalité maternelle, infantile et juvénile sont parmi les plus élevés du monde; toutefois, l'espérance de vie s'est allongée et la proportion de pauvres a diminué depuis le début de la décennie. Le déficit d'accès à la santé, mesuré par le nombre de naissances assistées par du personnel médical qualifié, est plus élevé que celui constaté dans des pays où les dépenses de santé par habitant sont beaucoup plus faibles (comme la Sierra Leone). Les établissements de soins n'étant pas suffisamment dotés en personnel, plus des trois quarts de la population n'ont pas accès aux soins de santé.

Tableau A19. Ouganda: indicateurs clés

Population totale (en millions)	2008	32,7
PIB par habitant (dollars internationaux PPA)	2007	320
Espérance de vie à la naissance, total (en années)	2008	52
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	2008	75
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	2008	137
Taux de mortalité maternelle pour 100 000	2008	435
Dépenses de santé par habitant (en dollars E.-U.)	2007	27
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé (en %)	2008	78
Déficit d'accès mesuré par le nombre de naissances assistées par du personnel médical qualifié (en %)	2008	61

Sources: BIT, 2008g; UNICEF, 2009; FMI, 2009b; OMS, 2009.

La version provisoire de la Politique nationale pour le secteur de la santé 2010-2020 explore les concepts de couverture universelle et de protection sociale de la santé (en particulier la mise en commun des risques et le prépaiement). Cette orientation est en phase avec l'objectif du gouvernement qui consiste à garantir l'accès de tous les citoyens à un ensemble de services minimum, à garantir une répartition équitable des services et une utilisation plus efficace et plus efficiente des ressources sanitaires.

Dans ce contexte, le gouvernement a récemment lancé une initiative pour réformer la protection sociale de la santé dans le pays dans l'optique de parvenir à une couverture universelle. Cette réforme s'appuiera sur l'expérience de l'assurance-maladie publique. Les rôles que pourraient jouer l'institution de sécurité sociale existante (la Caisse nationale de sécurité sociale) et un nouveau régime d'assurance-maladie national sont actuellement examinés, l'objectif étant qu'ils couvrent différentes catégories de la population et qu'ils partagent des fonctions administratives.

Il est envisagé de créer une assurance-maladie nationale appelée à devenir, à terme, un régime obligatoire pour tous les résidents du pays; ce régime serait financé par des cotisations, offrirait un ensemble minimum de services de santé et serait géré par un organisme public indépendant.

Les questions actuellement en discussion ont trait au choix de la stratégie adaptée pour parvenir à offrir une couverture universelle à tous les citoyens et résidents. Le projet actuel prévoit un calendrier de quinze ans pour atteindre l'universalité; dans une première phase, seuls les fonctionnaires seraient couverts. Les étapes ultérieures consisteraient à couvrir le secteur formel puis à parvenir à une couverture universelle incluant également les travailleurs de l'économie informelle et leur famille. En outre, la Caisse nationale de sécurité sociale prévoit actuellement d'élargir l'éventail des prestations qu'elle propose à ses membres du secteur formel pour y inclure les services de santé.

L'Ouganda est un exemple de pays qui a adopté une approche pluraliste et progressive vis-à-vis de l'extension de la couverture de la protection sociale de la santé. Le besoin de coordination au sein des structures de protection sociale de la santé existantes et de celles qu'il est envisagé de créer est évident et les avantages potentiels de la stratégie consistant à gérer les différents mécanismes dans l'optique de parvenir à l'universalité et à l'équité de l'accès aux soins sont manifestes: la couverture pourrait être étendue en associant de la façon la plus rationnelle possible des structures existantes et de nouvelles structures, par exemple en couvrant les membres actuels de la Caisse nationale de sécurité sociale au moyen d'une extension de l'éventail des prestations offertes et en veillant à ce que, dès le départ, la réforme ait des effets positifs pour de vastes segments de la population, notamment les pauvres et les travailleurs du secteur informel.

Al.3. Quelques conclusions et leçons à tirer des études de cas

L'expérience individuelle des différents pays est riche d'enseignements sur la manière de négocier et d'introduire les réformes visant à étendre la protection sociale. Les études de cas montrent que les pays à faible revenu et à revenu moyen peuvent réaliser des progrès sur le front de la santé et de la pauvreté monétaire à travers des interventions systématiques impulsées par les gouvernements. Les pays qui ont opté pour une approche intégrée des objectifs sociaux et des objectifs économiques ont obtenu des résultats positifs, en termes de développement humain comme de croissance économique. La présente conclusion récapitule les principales caractéristiques de ces expériences.

1. Dans les onze pays étudiés, le processus de réforme a été conduit par les pays et était axé sur les pays.
2. Les objectifs, politiques et plans d'action liés à la sécurité de revenu et à la protection sociale de la santé ont été définis et négociés au sein des pays et ont été soutenus par les partenaires nationaux et internationaux.
3. Dans des pays comme l'Afrique du Sud, le Burkina Faso, Maurice, la Namibie et le Sénégal, des organisations et groupes non gouvernementaux très divers ont été impliqués dans le processus de réforme. Bien que, dans la majorité des cas, les processus aient été impulsés et pilotés par les gouvernements, il y avait un consensus sur le fait que la santé et la sécurité de revenu sont des questions qui nécessitent une action collective.
4. Les réformes des politiques doivent s'accompagner de dotations budgétaires effectives et de réformes au plan de l'organisation.

-
5. La communauté internationale, notamment les donateurs, a fortement contribué à soutenir les processus de réforme.
 6. L'efficacité des mesures destinées à garantir aux plus pauvres l'accès aux soins de santé peut être entravée par l'introduction de services payants à des fins de recouvrement des coûts. Le prix agit comme une barrière vis-à-vis des ménages en situation de pauvreté monétaire.
 7. Les systèmes de protection sociale requièrent un suivi et une gestion importants.

Ces études de cas montrent que, malgré leurs contraintes budgétaires et le caractère limité de leurs ressources, les pays peuvent adopter des mesures visant à accroître à la fois la sécurité de revenu et la sécurité sanitaire de façon à ce que ces mesures touchent les plus pauvres. Les pays où les programmes sont universels ou quasi universels et non soumis à conditions de ressources ont obtenu des résultats positifs. A Maurice, les données montrent clairement que l'accès à l'éducation s'est traduit par des améliorations sur le plan de la santé et du revenu. La mise en œuvre rapide et ciblée de programmes visant à étendre la protection sociale exige des investissements dans les systèmes de soins de santé de base, dans l'éducation et dans les dispositifs de transferts de revenu parce que, ensemble, ces systèmes offrent ce qui est indispensable à la survie des êtres humains et à la croissance économique.

Annexe II

Annexe statistique

Tableau SA1. Sélection d'indicateurs démographiques – a) Aperçu général, diverses années entre 2000 et 2010

	Population totale (milliers)	Population urbaine (% du total)	Rapport de masculinité (hommes pour 100 femmes)	Taux de croissance démographique (%)		Taux de mortalité infantile (pour 1 000)	Taux de fécondité totale	Mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000)	Distribution par âge (%)		
				2000-2005	2005-2010				2005-2010	2005-2010	2005-2010	2007
Afrique du Sud	48 577	57,8	96,7	1,2	0,6	44,8	2,6	66	31,8	63,7	4,5
Algérie	33 858	61,1	101,9	1,5	1,5	31,1	2,4	33	28,3	67,1	4,6
Angola	17 024	38,4	97,3	2,8	2,8	131,9	6,4	231	46,1	51,5	2,4
Bénin	9 033	47,3	101,7	3,2	3,1	98,0	5,4	146	43,7	53,6	2,7
Botswana	1 882	49,8	98,9	1,3	1,2	46,5	2,9	68	34,6	61,9	3,5
Burkina Faso	14 784	18,4	100,2	3,2	2,9	104,4	6,0	181	45,8	51,1	3,0
Burundi	8 508	10,8	95,9	2,9	3,9	99,4	6,8	169	44,4	53,0	2,5
Cameroun	18 549	49,5	99,9	2,3	2,1	87,5	4,3	144	41,1	55,3	3,5
Cap-Vert	530	59,2	92,7	2,4	2,3	24,6	3,4	29	38,5	57,4	4,1
République centrafricaine	4 343	42,9	95,3	1,7	1,8	96,8	4,6	163	42,3	53,9	3,8
Comores	839	37,6	100,7	2,7	2,5	48,4	4,3	63	41,5	55,7	2,7
Congo	3 768	62,2	98,4	2,5	2,1	70,3	4,5	102	41,8	55,0	3,2
Côte d'Ivoire	19 262	45,5	103,0	1,8	1,8	116,9	4,5	183	41,0	55,7	3,2
Djibouti	833	84,0	99,9	2,2	1,7	85,3	3,9	126	37,3	59,6	3,1
Egypte	75 498	43,3	100,2	1,8	1,8	29,3	2,9	34	32,7	62,4	4,9
Erythrée	4 851	21,1	96,4	4,1	3,4	55,3	5,0	77	42,9	54,7	2,4

	Population totale (milliers)	Population urbaine (% du total)	Rapport de masculinité (hommes pour 100 femmes)	Taux de croissance démographique (%)		Taux de mortalité infantile (pour 1 000)	Taux de fécondité totale	Mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000)	Distribution par âge (%)		
	2007	2007	2007	2000-2005	2005-2010	2005-2010	2005-2010	2005-2010	0-14	15-64	65+
Ethiopie	83 099	16,4	99,0	2,6	2,5	86,9	5,3	145	43,8	53,2	2,9
Gabon	1 331	92,6	100,1	1,8	1,5	53,8	3,1	86	34,9	60,5	4,6
Gambie	1 709	24,5	100,3	3,2	2,7	74,2	4,7	128	40,8	55,3	3,9
Ghana	23 478	46,3	102,8	2,3	2,0	56,6	3,8	90	38,2	58,1	3,7
Guinée	9 370	39,8	101,9	1,9	2,1	102,5	5,4	156	43,1	53,7	3,1
Guinée-Bissau	1 695	36,9	97,7	3,0	3,0	112,7	7,1	195	47,7	49,3	3,0
Guinée équatoriale	507	53,7	98,0	2,3	2,4	92,3	5,4	155	42,2	53,7	4,1
Kenya	37 538	42,1	99,4	2,6	2,6	64,4	5,0	104	42,7	54,7	2,6
Lesotho	2 008	16,6	89,1	1,1	0,7	64,6	3,4	98	39,9	55,4	4,7
Libéria	3 750	45,2	100,0	2,8	4,2	132,5	6,8	205	47,2	50,7	2,2
Jamahiriya arabe libyenne	6 160	86,4	107,4	2,0	2,0	18,0	2,7	20	30,2	65,8	4,0
Madagascar	19 683	27,5	98,9	2,9	2,7	65,5	4,8	106	43,3	53,5	3,2
Malawi	13 925	17,4	98,9	2,7	2,6	89,4	5,6	132	46,9	50,1	3,0
Mali	12 337	40,7	94,9	2,9	3,0	128,5	6,5	200	47,6	48,9	3,5
Maroc	31 224	62,3	96,7	1,1	1,2	30,6	2,4	36	29,2	65,5	5,3
Maurice *	1 262	44,5	98,4	0,9	0,8	14,0	1,9	17	23,6	69,7	6,8
Mauritanie	3 124	69,2	102,5	2,9	2,6	63,0	4,4	92	39,8	56,6	3,6
Mozambique	21 397	38,6	94,3	2,5	2,0	95,9	5,1	164	44,4	52,4	3,2
Namibie	2 074	34,6	97,4	1,6	1,3	42,3	3,2	66	37,5	59,0	3,5
Niger	14 226	25,6	102,9	3,5	3,5	110,8	7,2	188	48,0	48,8	3,2
Nigéria	148 093	46,1	99,9	2,5	2,3	109,5	5,3	187	43,8	53,2	2,9
Ouganda	30 884	12,7	100,1	3,1	3,2	76,9	6,5	127	49,1	48,4	2,4

	Population totale (milliers)	Population urbaine (% du total)	Rapport de masculinité (hommes pour 100 femmes)	Taux de croissance démographique (%)		Taux de mortalité infantile (pour 1 000)	Taux de fécondité totale	Mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000)	Distribution par âge (%)		
	2007	2007	2007	2000-2005	2005-2010	2005-2010	2005-2010	2005-2010	0-14	15-64	65+
République démocratique du Congo	62 636	33,2	98,1	2,8	3,2	113,5	6,7	196	47,3	50,1	2,6
République-Unie de Tanzanie	40 454	38,8	99,0	2,5	2,5	72,6	5,2	118	44,3	52,7	3,0
Rwanda	9 725	24,7	93,2	3,3	2,6	112,4	5,9	188	42,9	54,7	2,4
Sao Tomé-et-Principe	158	39,7	98,2	1,7	1,6	72,3	3,9	95	41,2	54,6	4,2
Sénégal	12 379	51,8	99,1	2,6	2,5	65,7	4,7	115	41,6	54,1	4,3
Seychelles	87	...	...	1,2	0,6	...	...	...	...	...	...
Sierra Leone	5 866	41,2	97,0	4,1	2,4	160,3	6,5	278	42,9	53,8	3,3
Somalie	8 699	37,4	98,5	3,0	3,0	116,3	6,0	193	44,3	53,1	2,6
Soudan	38 560	41,7	101,4	2,1	2,2	64,9	4,2	105	40,0	56,4	3,6
Swaziland	1 141	21,8	93,6	1,4	0,7	71,0	3,4	114	38,7	58,0	3,3
Tchad	10 781	25,5	98,8	3,7	3,0	119,2	6,2	189	46,2	50,9	2,9
Togo	6 585	37,0	97,9	3,0	2,7	88,6	4,8	126	42,8	54,1	3,1
Tunisie	10 327	65,0	101,4	1,1	1,1	19,8	1,9	22	24,7	68,9	6,3
Zambie	11 922	37,7	99,3	1,9	1,9	92,7	5,2	157	45,5	51,5	2,9
Zimbabwe	13 349	36,3	98,9	0,8	0,9	58,0	3,2	94	38,5	58,0	3,6
Afrique	963 680	39,8	99,3	2,3	2,3	85,3	4,7	140	41,0	56,4	3,4

Note: * Dont Agaléga, Rodrigues et Saint Brandon.

Source: Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *World Population Prospects: The 2006 Revision*.

Reproduit avec l'autorisation de OCDE/BAfD, 2008, annexe statistique, pp. 642-3.

Tableau SA1. b) Fécondité, mortalité des enfants, mortalité maternelle et espérance de vie à la naissance, par région, 2000, 2005 et 2009

Grande région, région ou pays	Taux de fécondité total (par femme)		Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances)		Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances)		Espérance de vie à la naissance						Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur n)
							Hommes et femmes (en années)		Hommes (en années)		Femmes (en années)			
	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2005	2005
Monde	2,7	2,5	54	46	81	69	65,8	68,0	63,6	65,8	68,0	70,2	400 ⁴	92 ⁴
Régions plus développées ^a	1,6	1,6	8	6	10	8	75,4	77,4	71,7	73,9	79,0	80,8	11 ⁴	5 900 ⁴
Régions moins développées ^b	3,0	2,7	59	50	89	76	63,7	66,0	62,1	64,3	65,5	67,8	450 ⁴	76 ⁴
Pays les moins avancés ^c	5,0	4,3	95	80	154	128	53,0	56,5	51,8	55,2	54,3	57,8	870 ⁴	24 ⁴
Régions moins développées, à l'exception des pays les moins avancés ^d	2,7	2,4	50	41	71	60	66,0	68,1	64,3	66,3	67,8	70,0	...	...
Régions moins développées, à l'exception de la Chine	3,4	3,0	66	55	99	84	61,7	64,1	60,0	62,3	63,4	66,0	...	...
Afrique subsaharienne ^e	5,6	5,0	100	86	169	143	49,6	52,0	48,2	51,0	51,0	53,1	900 ⁴	22 ⁴
Afrique	5,1	4,5	93	80	156	132	52,3	54,6	50,9	53,5	53,7	55,8	820⁴	26⁴
<i>Afrique de l'Est</i> ¹	5,8	5,2	90	73	150	119	49,8	54,0	48,4	53,0	51,3	54,9	...	...
Burundi	5,8	4,5	109	96	190	162	46,9	50,9	45,6	49,4	48,1	52,4	1 100	16 ⁴
Comores	4,3	3,9	63	46	85	59	61,8	65,8	59,8	63,6	63,9	68,1	400	52 ⁴
Djibouti	4,8	3,8	98	82	146	121	53,6	55,8	52,0	54,4	55,1	57,2	650	35 ⁴
Erythrée	5,4	4,5	66	52	96	72	55,9	60,0	53,5	57,6	58,3	62,2	450	44 ⁴
Ethiopie	6,2	5,2	94	76	160	126	51,4	55,7	49,9	54,3	53,0	57,1	720	27 ⁴
Kenya	5,0	4,9	71	62	114	100	52,8	54,9	51,7	54,5	53,9	55,3	560	39 ⁴
Madagascar	5,6	4,6	79	63	125	96	56,5	60,8	55,0	59,2	58,0	62,5	510	38 ⁴
Malawi	6,2	5,5	104	80	160	115	51,0	53,9	49,3	52,9	52,8	54,7	1 100	18 ⁴
Maurice ²	2,0	1,8	16	14	20	17	71,3	72,1	67,6	68,5	75,1	75,8	15	3 300 ⁴

Grande région, région ou pays	Taux de fécondité total (par femme)		Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances)		Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances)		Espérance de vie à la naissance						Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur n)
							Hommes et femmes (en années)		Hommes (en années)		Femmes (en années)			
	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2005	2005
Mayotte	4,5	3,0	8	7	10	9	74,7	76,0	71,0	72,3	79,3	80,3	...	...
Mozambique	5,7	5,0	108	86	188	145	47,6	48,1	46,0	47,4	49,3	48,8	520	45 ⁴
Ouganda	6,8	6,3	87	72	145	118	46,3	53,5	45,6	52,8	46,9	54,1	550	25 ⁴
République-Unie de Tanzanie	5,7	5,5	82	62	138	100	50,7	56,3	49,6	55,5	51,9	57,1	950	24 ⁴
Réunion	2,4	2,4	7	7	10	9	75,3	76,6	71,1	72,5	79,5	80,7	...	...
Rwanda	5,9	5,3	113	97	181	151	43,1	50,7	41,2	48,8	44,9	52,5	1 300	16 ⁴
Somalie	6,5	6,4	115	107	191	176	48,4	50,1	46,8	48,7	50,0	51,5	1 400	12 ⁴
Zambie	6,2	5,7	107	90	182	152	42,0	46,4	40,9	45,8	43,2	46,9	830	27 ⁴
Zimbabwe	3,9	3,4	68	54	110	88	43,3	45,7	40,6	45,3	46,2	45,6	880	43 ⁴
<i>Afrique centrale</i>	6,4	5,5	118	110	201	186	47,2	48,6	45,6	47,2	48,8	50,1	...	...
Angola	6,8	5,6	138	113	240	198	43,6	47,6	41,7	45,6	45,4	49,6	1 400	12 ⁴
Cameroun	5,0	4,5	90	85	150	141	51,5	51,4	50,5	50,8	52,5	51,9	1 000	24 ⁴
Congo	4,8	4,3	75	79	120	129	53,6	53,7	52,2	52,8	55,0	54,7	740	22 ⁴
Gabon	4,1	3,2	58	49	90	76	59,9	60,9	57,9	59,6	62,0	62,1	520	53 ⁴
Guinée équatoriale	5,8	5,3	108	97	185	164	48,7	50,6	47,3	49,5	50,2	51,8	680	28 ⁴
République centrafricaine	5,4	4,7	113	103	193	175	46,4	47,4	44,3	45,9	48,6	48,8	980	25 ⁴
République démocratique du Congo	6,9	5,9	121	115	207	195	46,3	47,8	44,7	46,2	48,0	49,4	1 100	13 ⁴
Sao Tomé-et-Principe	4,6	3,7	79	71	106	93	63,8	65,9	62,1	63,9	65,5	67,7	...	...
Tchad	6,6	6,1	131	128	213	208	49,3	49,0	47,8	47,7	50,9	50,2	1 500	11 ⁴
<i>Afrique du Nord</i>	3,3	2,8	51	40	70	54	66,0	68,4	64,3	66,6	67,7	70,2	160 ⁴	210 ⁴
Algérie	2,6	2,3	42	29	46	31	70,1	72,7	68,8	71,2	71,3	74,1	180	220 ⁴
Egypte	3,3	2,8	43	33	51	39	68,2	70,3	66,6	68,6	69,9	72,2	130	230 ⁴

Grande région, région ou pays	Taux de fécondité total (par femme)		Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances)		Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances)		Espérance de vie à la naissance						Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur n)
							Hommes et femmes (en années)		Hommes (en années)		Femmes (en années)			
	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2005	2005
Jamahiriya arabe libyenne	3,2	2,6	22	17	24	19	72,3	74,3	70,0	72,0	75,2	77,2	97	350 ⁴
Maroc	2,7	2,3	42	29	52	34	68,7	71,6	66,6	69,4	70,9	73,9	240	150 ⁴
Sahara occidental	3,2	2,6	59	42	79	52	62,6	66,5	61,0	64,8	64,4	68,7	...	...
Soudan	5,1	4,1	77	67	127	107	56,1	58,5	54,5	57,0	57,7	60,1	450	53 ⁴
Tunisie	2,1	1,8	24	19	27	21	72,6	74,2	70,6	72,1	74,7	76,3	100	500 ⁴
<i>Afrique australe</i>	3,0	2,6	60	46	86	66	55,4	51,8	52,7	50,4	58,2	53,0	...	...
Afrique du Sud	2,9	2,5	59	45	84	65	55,8	51,7	52,9	50,3	58,8	53,1	400	110 ⁴
Botswana	3,4	2,8	64	34	96	48	50,6	55,1	49,3	55,1	51,9	54,8	380	130 ⁴
Lesotho	4,1	3,3	78	67	113	99	50,5	45,6	48,1	45,0	52,3	45,7	960	45 ⁴
Namibie	4,0	3,3	52	32	76	46	58,8	61,7	57,1	60,8	60,3	62,4	210	170 ⁴
Swaziland	4,2	3,5	82	62	122	94	50,8	46,4	49,2	47,1	52,2	45,5	390	120 ⁴
<i>Afrique de l'Ouest</i> ³	5,8	5,1	109	96	190	162	48,9	51,5	48,0	50,7	49,8	52,3	...	...
Bénin	6,0	5,4	97	82	144	116	58,3	61,9	57,1	60,7	59,4	63,0	840	20 ⁴
Burkina Faso	6,3	5,8	90	79	180	153	50,4	53,4	49,3	52,0	51,4	54,7	700	22 ⁴
Cap-Vert	3,7	2,7	34	24	42	29	69,0	71,7	66,1	68,7	71,4	74,1	210	120 ⁴
Côte d'Ivoire	5,2	4,5	94	85	137	119	55,4	57,9	53,9	56,7	57,5	59,3	810	27 ⁴
Gambie	5,6	5,0	90	75	136	113	53,9	56,3	52,4	54,6	55,5	58,0	690	32 ⁴
Ghana	4,7	4,2	69	72	111	115	57,9	56,8	57,0	55,9	58,8	57,7	560	45 ⁴
Guinée	6,0	5,3	117	95	186	141	53,3	58,4	51,5	56,4	55,1	60,4	910	19 ⁴
Guinée-Bissau	5,9	5,7	125	111	218	191	45,8	48,2	44,3	46,7	47,4	49,8	1 100	13 ⁴
Libéria	5,9	5,0	110	93	174	135	54,4	58,7	52,9	57,3	56,0	60,1	1 200	12 ⁴
Mali	5,8	5,4	117	104	219	185	45,6	48,8	45,1	48,1	46,2	49,5	970	15 ⁴
Mauritanie	5,1	4,4	73	72	121	118	56,5	57,0	54,6	55,0	58,4	59,0	820	22 ⁴
Niger	7,5	7,1	119	85	232	165	46,4	51,9	45,8	51,1	47,0	52,9	1 800	7 ⁴

Grande région, région ou pays	Taux de fécondité total (par femme)		Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances)		Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances)		Espérance de vie à la naissance						Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur n)
							Hommes et femmes (en années)		Hommes (en années)		Femmes (en années)			
	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2005	2005
Nigéria	5,9	5,2	121	108	210	184	45,9	48,2	45,2	47,6	46,5	48,7	1 100	18 ⁴
Sénégal	5,6	4,9	64	58	134	117	54,1	55,9	52,7	54,4	55,5	57,5	980	21 ⁴
Sierra Leone	5,4	5,2	130	102	213	144	41,9	47,9	40,4	46,7	43,4	49,2	2 100	8 ⁴
Togo	5,1	4,2	86	69	122	94	59,8	62,9	57,6	61,2	61,9	64,6	510	38 ⁴

Définitions: *Taux de fécondité totale (par femme)*: Nombre moyen d'enfants que pourrait mettre au monde une cohorte fictive de femmes avant la fin de leur période de fécondité si elles étaient soumises toute leur vie aux taux de fécondité d'une période donnée et n'étaient pas soumises à la mortalité. Il s'exprime en nombre d'enfants par femme. (Source: Nations Unies, 2009, Glossary: <http://esa.un.org/UNPP/index.asp?panel=7>). *Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances)*: Probabilité de mourir entre la naissance et le premier anniversaire. Il s'exprime en nombre de décès pour 1 000 naissances. (Source: Nations Unies, 2009, Glossary: <http://esa.un.org/UNPP/index.asp?panel=7>). *Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances)*: Probabilité de mourir entre la naissance et le cinquième anniversaire. Il s'exprime en nombre de décès pour 1 000 naissances. (Source: Nations Unies, 2009, Glossary: <http://esa.un.org/UNPP/index.asp?panel=7>). *Espérance de vie à la naissance*: Nombre moyen d'années pendant lesquelles peut espérer vivre une cohorte fictive d'individus soumis toute leur vie aux taux de mortalité d'une période donnée. Elle s'exprime en années. (Source: Nations Unies, 2009a, Glossary: <http://esa.un.org/UNPP/index.asp?panel=7>). *Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)*: Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes au cours d'une période donnée, généralement une année. (Source: WHO indicator definitions and metadata, 2008 (OMS, 2009a) (<http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/en/>)). *Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur n)*: Les données détaillées proviennent de l'OMS, dans J. Willmoth: «The lifetime risk of maternal mortality: Concept and measurement», *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* (Genève), vol. 87, n° 4 (avril 2009), pp.245-324 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-048280/en/index.html>).

Notes: ... Données non disponibles. * Seuls les pays ou régions qui comptent plus de 100 000 habitants sont cités individuellement; les autres sont pris en compte dans les groupes régionaux auxquels ils appartiennent mais ne sont pas mentionnés séparément. ^a Les régions plus développées comprennent l'Europe, l'Amérique du Nord, l'Australie/la Nouvelle-Zélande et le Japon. ^b Les régions moins développées comprennent l'ensemble de l'Afrique, de l'Asie (sauf le Japon) et de la région Amérique latine et Caraïbes plus la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie. ^c Les pays les moins avancés: 49 pays, dont 33 sont situés en Afrique, 10 en Asie, 5 en Océanie et 1 dans la région Amérique latine et Caraïbes. ^d Les autres pays moins développés regroupent les régions moins développées hors pays les moins avancés. ^e L'Afrique subsaharienne recouvre l'ensemble de l'Afrique sauf l'Afrique du Nord, étant entendu que le Soudan fait partie de l'Afrique subsaharienne. ¹ Dont les Seychelles. ² Dont Agaléga, Rodrigues et Saint Brandon. ³ Dont Sainte-Hélène, Ascension et Tristan da Cunha. ⁴ Mortalité maternelle en 2005 et risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur n): estimations régionales mises au point par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596213_eng.pdf).

Sources: Taux de fécondité totale (par femme); taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances); taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances) et espérance de vie à la naissance: d'après Division de la population des Nations Unies, 2009, *World Population Prospects: The 2008 Revision* (New York). Variante moyenne des projections de population. Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes): Système d'information statistique de l'OMS (WHOSIS) (OMS, 2009) – <http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/3mrf>. Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur n): Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), selon la présentation de UNDATA: <http://data.un.org/> (dernière mise à jour: 11 février 2009).

Tableau SA2. Sélection d'indicateurs sociaux, par région, diverses années (en pourcentage)

Indicateur	Région						
	Afrique	Afrique subsaharienne	Afrique du Nord	Afrique de l'Ouest	Afrique de l'Est	Afrique centrale	Afrique australe
Taux d'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	24	26	15	27	25	29	11
Taux d'alphabétisation des femmes âgées de 15 à 24 ans, 2000-2004 (%)	69	69	72	66	67	64	94
Taux d'alphabétisation des hommes âgés de 15 à 24 ans, 2000-2004 (%)	81	80	84	77	81	79	93
Femmes actives de 15 ans et plus, 1995-2002 (%)	53	62	21	56	76	62	48
Hommes actifs de 15 ans et plus, 1995-2002 (%)	80	84	68	86	88	86	62
Population vivant dans des agglomérations urbaines d'au moins 750 000 habitants, 2005 (%)	14	13	19	15	6	18	28
Population sous-alimentée, 2002-2004 (%)	26	31	8	15	40	55	4
Population ayant accès à une source d'eau potable améliorée, 2006 (%)	64	58	87	58	54	52	92
Population à la mi-2009	998 705 000	835 988 000	204 989 000	296 726 000	313 351 000	125 483 000	58 156 000
Taux de natalité (nombre annuel de naissances pour 1 000 personnes au sein de la population totale)	36	39	25	40	40	42	24
Taux d'accroissement naturel (taux de natalité moins taux de mortalité, exprimé en pourcentage)	2	3	2	3	3	3	1
Taux de mortalité infantile (nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour 1 000 naissances vivantes)	74	80	38	80	76	95	48
Espérance de vie à la naissance, hommes et femmes (en années)	55	51	69	51	51	51	52
Population urbaine (%)	38	35	50	42	22	41	56
Prévalence du VIH/sida au sein de la population adulte âgée de 15 à 49 ans, 2007-08 (%)	4	5	0	3	6	3	19
RNB PPA par habitant, 2008 (dollars E.-U.)	2 660	1 950	5 370	1 600	1 030	1 650	9 380
Densité (population par km ²)	33	34	24	48	49	19	22
Population vivant avec moins de 2 dollars E.-U. par jour (%)	65	74	18	76	78	74	45

Source: Population Reference Bureau, 2009.

Tableau SA3. Accès aux services, 2000-2006

	Télécommunications				Accès à l'électricité				Accès à l'eau potable (%)			Accès à l'assainissement (%)		
	Lignes téléphoniques principales (pour 100 habitants)		Lignes téléphoniques mobiles (pour 100 habitants)		Consommation finale (GWh)		Pertes de distribution		Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural
	2000	2006	2000	2006	2000	2005	2000	2005	2004			2004		
Afrique du Sud	10,88	9,97	18,28	83,33	162 516	198 306	17 053	15 281	88	99	73	65	79	46
Algérie	5,79	8,52	0,28	62,95	18 592	26 656	4 105	4 475	85	88	80	92	99	82
Angola	0,49	0,62	0,2	14,33	1 157	2 128	211	384	53	75	40	31	56	16
Bénin	0,81	0,89	0,87	12,13	399	589	59	113	48	57	41	40	64	19
Botswana	8,27	7,78	12,17	46,78	1 959	2 494	164	144	95	100	90	42	57	25
Burkina Faso	0,47	0,7	0,22	7,46	...	...	...	...	63	70	60	11	14	10
Burundi	0,3	0,41	0,24	2,03	...	...	...	...	79	92	77	36	47	35
Cameroun	0,63	0,79	0,68	18,89	2 719	3 490	761	655	66	86	44	51	58	43
Cap-Vert	12,57	13,8	4,54	20,99	...	...	...	...	80	86	73	43	61	19
République centrafricaine	0,26	0,29	0,14	2,48	...	...	...	...	75	93	61	27	47	12
Comores	0,98	2,33	...	4,50	...	...	...	...	86	92	82	33	41	29
Congo	0,75	0,4	2,38	12,25	260	445	180	198	58	84	27	27	28	25
Côte d'Ivoire	1,78	1,41	3,2	22,03	2 757	3 046	699	1 008	84	97	74	37	46	29
Djibouti	1,54	1,56	...	6,37	...	...	...	...	73	76	59	82	88	50
Egypte	8,64	14,33	2,14	23,86	64 330	87 505	10 750	17 184	98	99	97	70	86	58
Erythrée	0,84	0,82	...	1,36	173	232	38	46	60	74	57	9	32	3
Ethiopie	0,37	0,91	...	1,09	1 419	2 334	167	287	39	83	31	12	50	4
Gabon	3,18	2,59	9,79	54,39	989	1 177	234	279	88	95	47	36	37	30
Gambie	2,65	2,98	0,45	25,99	...	...	...	...	82	95	77	53	72	46
Ghana	1,08	1,58	0,66	23,09	6 055	5 955	1 616	975	56	61	52	35	40	31
Guinée	0,32	0,33	0,56	2,36	...	...	...	...	50	78	35	18	31	11

	Télécommunications				Accès à l'électricité				Accès à l'eau potable (%)			Accès à l'assainissement (%)		
	Lignes téléphoniques principales (pour 100 habitants)		Lignes téléphoniques mobiles (pour 100 habitants)		Consommation finale (GWh)		Pertes de distribution		Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural
	2000	2006	2000	2006	2000	2005	2000	2005	2004			2004		
Guinée-Bissau	0,93	0,42	...	9,22	...	...	...	...	59	79	49	35	57	23
Guinée équatoriale	1,35	1,99	1,1	19,26	...	...	...	...	43	45	42	53	60	46
Kenya	0,95	0,84	0,42	20,91	3 408	4 912	867	1 066	62	89	46	48	56	43
Lesotho	1,24	2,97	1,21	19,99	...	...	...	...	79	92	76	37	61	32
Libéria	0,21	0,21	0,05	4,87	...	...	...	...	61	72	52	27	49	7
Jamahiriya arabe libyenne	10,79	8,09	0,71	65,81	10 132	16 865	3 592	2 973	-	-	-	97	97	96
Madagascar	0,34	0,68	0,39	5,47	...	...	...	...	31	67	16	56	75	49
Malawi	0,45	0,8	0,47	3,33	...	...	...	...	67	96	62	46	66	42
Mali	0,38	0,59	0,1	10,87	...	...	...	...	50	78	36	46	59	39
Maroc	4,96	4,12	8,16	52,07	12 838	17 629	2 122	4 048	81	99	56	73	88	52
Maurice	23,53	28,45	15,08	61,50	...	...	...	...	100	100	100	94	95	94
Mauritanie	0,74	1,1	0,6	33,57	...	...	...	...	40	30	49	36	55	20
Mozambique	0,5	0,33	0,3	11,60	1 013	9 143	243	1 629	40	37	41	36	38	35
Namibie	6,19	6,84	4,61	24,37	2 386	2 884	260	314	87	98	81	25	50	13
Niger	0,19	0,17	...	3,35	...	...	...	...	59	64	57	18	79	5
Nigéria	0,49	1,26	...	24,05	8 688	17 286	5 618	5 644	48	67	31	44	53	36
Ouganda	0,25	0,36	0,52	6,73	...	...	...	...	66	67	61	60	71	58
République démocratique du Congo	...	0,02	...	7,44	2 442	2 851	228	275	22	37	12	9	8	10
République-Unie de Tanzanie	0,5	0,4	0,32	14,78	1 913	2 256	555	817	52	85	42	90	90	90
Rwanda	0,23	0,18	0,5	3,40	...	...	...	...	46	66	44	8	8	8
Sao Tomé-et-Principe	3,3	4,74	...	11,51	...	...	...	...	79	89	73	25	32	20

	Télécommunications				Accès à l'électricité				Accès à l'eau potable (%)			Accès à l'assainissement (%)		
	Lignes téléphoniques principales (pour 100 habitants)		Lignes téléphoniques mobiles (pour 100 habitants)		Consommation finale (GWh)		Pertes de distribution		Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural
	2000	2006	2000	2006	2000	2005	2000	2005	2004			2004		
Sénégal	2,16	2,37	2,63	24,99	1 337	1 699	236	767	75	90	64	33	57	17
Seychelles	26,72	25,44	33,63	86,52	...	...	...	...	88	100	75	...	...	100
Sierra Leone	0,42	0,49	0,26	2,21	...	...	...	...	57	75	46	39	53	30
Somalie	0,36	1,22	1,14	6,08	...	...	...	...	29	32	27	26	48	14
Soudan	1,24	1,72	0,07	12,66	2 058	3 461	376	646	70	78	64	34	50	24
Swaziland	3,16	4,27	3,27	24,29	...	...	...	...	62	87	54	48	59	44
Tchad	0,14	0,13	0,07	4,65	...	...	...	...	42	41	43	9	24	4
Togo	0,92	1,3	1,08	11,23	521	585	36	86	52	80	36	35	71	15
Tunisie	9,99	12,42	1,25	71,88	8 979	11 228	1 117	1 681	93	99	82	85	96	65
Zambie	0,78	0,79	0,92	14,02	6 039	8 012	249	417	62	86	37	27	41	13
Zimbabwe	2,19	2,56	2,34	6,49	10 494	12 143	1 422	742	81	98	72	53	63	47
Afrique	2,52	3,11	2	21,77	345 789	457 346	53 377	62 643	62	83	50	44	58	34

Note: Electricité: Agence internationale de l'énergie – base de données en ligne, 2007. Reproduit avec l'autorisation de OCDE/BAfD, 2008, annexe statistique, pp. 672-3.

Sources: Télécommunications: Union internationale des télécommunications – base de données en ligne, 2007. Accès à l'eau et à l'assainissement: OMS et UNICEF, 2006, *Joint Reporting Form* et rapports des bureaux régionaux de l'OMS, octobre 2006. Les données sur le Bénin, le Burkina Faso, l'Éthiopie, le Ghana, le Kenya, Madagascar, le Malawi, la Mauritanie, le Mozambique, le Niger, la République démocratique du Congo, le Rwanda, le Sénégal, la République-Unie de Tanzanie, l'Ouganda et la Zambie sont extraites de *Getting Africa on track to meet the MDGs on water and sanitation, a Status Overview of Sixteen African Countries*, 2006, Rapport sur une initiative régionale de l'AMCOW, de la BAfD, de l'EUWI, du WSP et du PNUD.

Tableau SA4. Indicateurs de la population active et de l'emploi – a) Taux d'activité de la population âgée de 15 à 64 ans

Grande région, région ou pays	Taux d'activité de la population âgée de 15 à 64 ans (en pourcentage)											
	Total				Hommes				Femmes			
	2000	2005	2010	2020	2000	2005	2010	2020	2000	2005	2010	2020
Monde (total)	70,3	69,9	69,9	69,8	83,6	82,9	82,6	82,7	56,7	56,6	56,8	56,6
Régions plus développées ^a	71,3	71,7	72,3	73,1	79,1	78,6	78,7	78,8	63,7	64,8	65,9	67,5
Régions moins développées ^b	70,1	69,5	69,3	69,2	84,8	83,9	83,4	83,4	54,8	54,6	54,7	54,4
Pays les moins avancés ^c	74,8	75,0	75,1	75,7	86,5	85,8	85	84,6	63,3	64,4	65,4	66,9
Régions moins développées, à l'exception des pays les moins avancés ^d	69,4	68,7	68,4	68	84,6	83,7	83,2	83,2	53,6	53,1	53,1	52,2
Régions moins développées, à l'exception de la Chine	64,9	65,2	65,6	66,1	83,4	83,2	82,9	82,9	46,1	46,9	47,9	48,9
Afrique subsaharienne ^e	71,1	71,6	72,1	73,2	82	81,8	81,7	82	60,5	61,6	62,7	64,5
Afrique	67,7	68,1	68,8	70,0	81,5	81,3	81,6	81,8	54,1	55,1	56,2	58,2
<i>Afrique de l'Est</i> ¹	83,3	83,8	84,1	84,5	88,6	88,3	87,9	88,0	78,1	79,5	80,3	81,1
Burundi	91,0	90,0	90,0	91,3	90,5	88,6	88,2	89,5	91,4	91,3	91,7	93,0
Comores	77,9	79,4	80,8	81,7	84,1	85,1	86,0	85,7	71,6	73,7	75,6	77,6
Djibouti	70,3	71,2	72,0	74,1	82,3	81,0	79,8	79,9	58,4	61,4	64,1	68,3
Erythrée	69,7	71,8	74,4	75,5	83,6	83,9	84,6	83,9	56,6	60,5	64,6	67,2
Ethiopie	83,7	86,3	87,1	87,5	92,1	91,9	90,7	90,4	75,5	80,8	83,5	84,7
Kenya	82,9	83,0	83,6	84,2	89,0	88,6	88,8	88,5	77,0	77,5	78,4	80,0
Madagascar	88,1	88,0	87,7	88,2	90,4	90,0	89,3	89,5	85,9	86,0	86,0	87,0
Malawi	76,8	76,9	76,0	76,1	78,2	78,7	77,7	78,1	75,4	75,1	74,3	74,0
Maurice ²	64,5	63,6	62,4	61,9	84,7	81,8	79,3	77,2	44,2	45,3	45,5	46,7
Mozambique	86,8	86,4	86,0	85,3	87,2	86,9	86,5	85,7	86,5	86,0	85,5	84,8
Ouganda	86,4	86,1	85,8	85,9	91,8	91,5	91,1	90,9	81,1	80,7	80,4	80,7
République-Unie de Tanzanie	90,3	90,0	90,0	90,0	91,5	91,2	91,2	91,2	89,1	88,9	88,8	88,8
Réunion	64,2	64,8	65,0	64,4	71,5	71,3	70,7	68,7	57,1	58,5	59,5	60,2

Grande région, région ou pays	Taux d'activité de la population âgée de 15 à 64 ans (en pourcentage)											
	Total				Hommes				Femmes			
	2000	2005	2010	2020	2000	2005	2010	2020	2000	2005	2010	2020
Rwanda	87,4	86,4	87,4	87,7	87,3	85,4	86,1	86,3	87,5	87,3	88,6	89,1
Somalie	72,8	72,1	71,8	71,5	86,1	86,1	86,1	85,9	59,8	58,6	57,9	57,5
Zambie	70,5	69,8	69,7	70,7	78,7	78,7	79,6	81,2	62,5	61,0	59,9	60,0
Zimbabwe	71,6	69,6	67,9	70,9	79,0	77,0	75,5	79,6	64,7	62,9	61,0	62,4
<i>Afrique centrale</i>	73,2	73,1	73,3	74,2	86,4	85,9	85,4	85,2	60,3	60,6	61,4	63,3
Angola	83,9	83,3	82,6	82,3	91,1	90,3	88,8	87,4	76,9	76,7	76,5	77,3
Cameroun	67,3	67,8	68,4	69,8	82,7	82,3	82,0	81,5	52,2	53,3	54,8	57,9
République centrafricaine	78,7	79,0	79,4	80,8	87,1	87,1	87,1	87,5	70,6	71,2	71,9	74,2
Congo	72,3	72,7	73,3	75,4	84,0	83,7	83,5	83,6	60,9	61,8	63,2	67,2
Gabon	75,9	76,7	77,7	79,8	84,9	83,9	82,7	83,9	67,2	69,6	72,6	75,7
Guinée équatoriale	64,5	65,8	67,2	67,6	95,2	94,3	93,7	93,1	34,8	38,1	41,2	42,6
République démocratique du Congo	71,9	71,8	72,2	73,3	87,6	87,2	86,9	86,9	56,7	56,9	57,9	59,9
Sao Tomé-et-Principe	60,0	61,8	62,6	63,6	76,6	78,4	78,4	78,9	44,0	45,8	47,3	48,6
Tchad	72,5	70,7	70,5	70,3	79,9	78,1	77,7	77,4	65,2	63,4	63,4	63,3
<i>Afrique du Nord</i>	53,6	53,6	54,4	54,7	78,8	78,4	79,5	79,6	28,2	28,6	29,3	29,8
Algérie	57,7	59,7	61,3	61,5	82,2	82,6	82,8	80,9	32,7	36,2	39,3	41,7
Egypte	51,3	50,6	51,7	51,9	77,1	76,7	79,5	80,8	25,2	24,3	23,8	23,0
Jamahiriya arabe libyenne	52,1	54,2	55,1	53,5	77,6	80,2	81,8	80,0	23,7	25,6	26,2	25,4
Maroc	56,3	55,3	55,3	55,7	84,3	83,6	83,7	84,7	29,5	28,4	28,3	28,4
Sahara occidental	74,6	76,6	78,4	80,4	82,2	81,9	82,2	82,9	65,8	70,3	74,1	77,5
Soudan	52,7	53,1	53,3	54,3	75,3	74,7	73,9	73,9	30,0	31,4	32,5	34,4
Tunisie	51,0	50,6	51,0	51,6	76,0	74,0	73,7	73,9	25,8	27,0	28,0	29,0
<i>Afrique australe</i>	56,4	58,0	60,2	62,1	64,5	65,4	67,9	70,1	48,6	50,8	52,7	54,0
Afrique du Sud	54,8	56,5	58,9	60,6	63,1	64,2	67,0	69,2	46,9	49,1	50,9	51,9
Botswana	76,7	77,8	79,1	81,1	81,7	81,7	82,2	83,5	71,8	73,8	75,9	78,5

Grande région, région ou pays	Taux d'activité de la population âgée de 15 à 64 ans (en pourcentage)											
	Total				Hommes				Femmes			
	2000	2005	2010	2020	2000	2005	2010	2020	2000	2005	2010	2020
Lesotho	75,1	75,1	75,3	76,5	81,0	79,6	78,4	78,5	70,4	71,5	72,7	74,8
Namibie	57,2	57,8	58,9	62,2	65,0	64,1	64,0	66,7	49,9	51,8	53,9	57,8
Swaziland	63,8	64,5	65,6	69,3	79,0	76,9	75,7	78,3	50,4	53,1	56,1	60,3
<i>Afrique de l'Ouest</i> ³	<i>64,1</i>	<i>64,3</i>	<i>64,7</i>	<i>65,5</i>	<i>78,8</i>	<i>78,4</i>	<i>78,1</i>	<i>77,5</i>	<i>49,6</i>	<i>50,3</i>	<i>51,3</i>	<i>53,4</i>
Bénin	73,4	73,4	73,6	74,1	81,6	79,2	78,0	77,1	65,2	67,6	69,1	70,9
Burkina Faso	85,3	85,6	85,7	86,0	91,5	91,3	91,3	90,9	79,5	80,0	80,3	81,0
Cap-Vert	65,5	67,6	69,6	72,1	85,1	83,4	82,8	83,6	48,7	53,7	57,7	61,3
Côte d'Ivoire	67,0	67,1	67,5	68,8	82,4	82,6	82,6	83,2	49,9	50,6	51,7	54,1
Gambie	78,5	78,3	77,9	77,5	85,9	85,7	84,9	83,8	71,2	71,2	71,1	71,3
Ghana	75,5	75,5	75,6	76,9	77,1	76,2	75,9	76,9	73,9	74,7	75,4	76,9
Guinée	86,3	86,2	86,3	86,9	90,5	90,2	89,9	89,5	82,1	82,2	82,7	84,2
Guinée-Bissau	73,2	73,2	73,3	73,3	85,1	85,5	85,5	85,5	61,7	61,3	61,3	61,3
Libéria	73,1	72,9	72,9	73,4	77,9	77,3	76,7	76,3	68,4	68,7	69,2	70,4
Mali	52,9	52,9	53,2	53,3	69,9	69,0	68,0	65,5	37,0	37,8	39,1	41,5
Mauritanie	70,0	71,0	71,7	72,2	82,5	82,3	81,9	80,6	57,4	59,5	61,2	63,7
Niger	63,0	63,3	63,3	63,2	88,6	88,1	87,9	87,3	38,6	39,4	39,4	39,8
Nigéria	56,9	57,0	57,3	58,0	75,4	74,9	74,6	73,4	38,7	39,2	40,1	42,5
Sénégal	76,8	77,1	77,6	78,6	90,4	90,1	89,6	88,8	63,6	64,6	66,0	68,9
Sierra Leone	68,9	67,7	67,3	66,5	68,5	67,8	68,0	67,4	69,2	67,6	66,7	65,6
Togo	73,9	74,8	75,8	77,1	86,9	86,6	86,3	86,0	61,3	63,3	65,4	68,3

Définitions: Voir tableau SA4 b).

Notes: Voir tableau SA4 b).

Source: BIT, 2009e: *Estimations et projections de la population active 1980-2020* (EAPEP), tableau E5 (http://laborsta.ilo.org/applv8/data/EAPEP/eapep_E.html).

Tableau SA4. b) Taux d'activité de la population âgée de 65 ans et plus

Grande région, région ou pays	Taux d'activité de la population âgée de 65 ans et plus (pourcentage)											
	Total				Hommes				Femmes			
	2000	2005	2010	2020	2000	2005	2010	2020	2000	2005	2010	2020
Monde (total)	19,8	20,3	20,5	21,0	29,9	29,0	27,7	25,9	12,0	13,5	14,8	17,1
Régions plus développées ^a	9,7	10,3	10,2	10,4	14,2	14,5	13,6	13,0	6,7	7,5	7,8	8,5
Régions moins développées ^b	26,8	26,7	26,6	26,3	39,0	37,1	35,0	31,7	16,1	17,7	19,4	21,6
Pays les moins avancés ^c	48,1	48,1	45,6	44,6	65,1	64,5	59,0	55,6	34,0	34,5	34,7	35,6
Régions moins développées, à l'exception des pays les moins avancés ^d	24,8	24,7	24,8	24,6	36,6	34,6	32,8	29,6	14,4	16,1	17,9	20,3
Régions moins développées, à l'exception de la Chine	30,6	30,2	29,9	29,5	45,1	43,1	40,9	37,3	18,2	19,4	20,8	23,0
Afrique subsaharienne ^e	48,6	48,6	48,1	48,1	62,5	62,9	62,0	60,8	37,5	37,3	37,4	38,3
Afrique	40,9	40,0	40,1	39,5	55,3	54,1	53,9	52,1	29,1	28,8	29,1	29,5
<i>Afrique de l'Est</i>	59,9	60,1	58,9	58,9	74,2	74,4	72,1	70,4	48,3	48,7	48,6	50,1
Burundi	78,4	77,3	77,1	77,1	81,0	77,4	76,8	76,8	76,9	77,2	77,2	77,3
Comores	55,0	54,6	53,6	51,8	75,8	74,5	72,1	67,2	38,8	38,9	39,1	39,4
Djibouti	10,4	9,3	8,0	6,5	19,6	16,9	13,8	9,6	3,1	3,2	3,4	4,0
Erythrée	43,4	42,2	41,0	42,8	62,8	59,2	48,1	43,3	31,2	31,5	36,8	42,5
Ethiopie	46,8	56,5	57,7	61,2	67,6	76,3	76,3	76,4	29,4	39,9	42,2	48,7
Kenya	56,1	54,9	53,2	49,6	72,7	71,0	68,1	60,7	41,4	41,4	41,1	41,0
Madagascar	71,4	63,4	60,0	59,8	81,3	75,7	72,0	71,3	63,0	53,1	50,0	50,0
Malawi	88,7	88,7	89,0	88,9	94,2	94,8	95,1	95,3	84,0	83,8	84,2	84,4
Maurice	10,2	8,0	5,0	3,6	18,2	13,4	6,8	3,6	4,4	4,1	3,7	3,6
Mayotte	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	79,3	78,2	77,7	77,4	83,8	84,6	84,8	84,9	75,9	73,5	72,7	72,4

Grande région, région ou pays	Taux d'activité de la population âgée de 65 ans et plus (pourcentage)											
	Total				Hommes				Femmes			
	2000	2005	2010	2020	2000	2005	2010	2020	2000	2005	2010	2020
Ouganda	61,1	60,5	60,2	59,9	79,1	79,1	79,3	79,3	46,6	45,8	45,4	45,1
République-Unie de Tanzanie	67,6	62,6	58,0	56,5	84,3	78,5	68,6	65,3	54,3	50,3	49,9	49,9
Réunion	2,2	2,1	2,2	2,2	3,4	3,2	3,0	2,7	1,4	1,4	1,6	1,9
Rwanda	56,3	53,2	51,4	50,7	60,2	53,9	49,4	48,0	53,5	52,8	52,7	52,6
Somalie	46,3	45,9	45,8	45,8	59,2	59,7	60,0	60,0	35,5	34,3	34,1	34,0
Zambie	63,5	62,6	62,2	61,8	75,1	75,9	76,1	76,1	54,5	52,8	52,4	52,3
Zimbabwe	61,6	50,5	44,4	43,2	70,3	59,7	54,7	53,3	54,6	43,7	37,2	36,8
<i>Afrique centrale</i>	<i>54,1</i>	<i>53,9</i>	<i>52,3</i>	<i>52,8</i>	<i>68,9</i>	<i>69,1</i>	<i>67,3</i>	<i>66,9</i>	<i>42,8</i>	<i>42,4</i>	<i>40,9</i>	<i>42,0</i>
Angola	54,7	53,6	52,7	52,4	71,2	71,2	71,1	71,0	41,6	40,0	38,5	38,2
Cameroun	60,2	61,4	51,8	51,8	69,3	69,4	61,8	61,8	52,6	54,8	43,6	43,6
République centrafricaine	72,6	72,9	72,9	73,1	82,0	81,6	81,5	80,9	65,8	66,8	67,1	68,1
Congo	62,3	62,4	62,9	63,1	66,1	65,8	64,9	63,9	59,5	59,8	61,5	62,6
Gabon	45,9	44,2	46,7	47,8	57,5	52,7	55,0	55,0	36,6	37,4	39,7	41,4
Guinée équatoriale	38,3	38,4	38,4	38,5	57,3	57,3	57,4	57,5	23,0	23,1	23,1	23,2
République démocratique du Congo	46,5	46,6	47,5	48,7	64,4	64,7	64,2	63,7	33,6	33,4	35,1	37,3
Sao Tomé-et-Principe	21,2	20,6	19,3	17,8	34,9	34,5	33,2	31,1	9,2	8,8	8,6	8,6
Tchad	68,9	66,1	66,0	65,7	85,8	86,9	87,0	87,0	55,8	49,6	49,3	49,1
<i>Afrique du Nord</i>	<i>20,7</i>	<i>18,1</i>	<i>19,1</i>	<i>18,9</i>	<i>37,1</i>	<i>32,2</i>	<i>33,5</i>	<i>32,3</i>	<i>6,7</i>	<i>6,3</i>	<i>7,2</i>	<i>7,8</i>
Algérie	22,6	22,1	22,8	23,3	27,4	25,9	25,3	25,0	18,7	18,9	20,7	21,9
Egypte	13,0	7,9	10,6	11,1	26,1	16,0	20,0	20,0	2,3	1,3	3,0	4,0
Jamahiriya arabe libyenne	20,3	19,4	18,4	16,1	36,7	35,3	33,1	27,8	3,7	3,7	3,8	4,2
Maroc	22,2	20,9	19,9	18,8	42,6	41,4	39,9	36,7	3,5	3,5	3,5	3,5
Sahara occidental	40,6	37,7	35,5	34,5	44,7	39,2	35,6	34,3	36,7	36,0	35,4	34,7

Taux d'activité de la population âgée de 65 ans et plus (pourcentage)

Grande région, région ou pays	Total				Hommes				Femmes			
	2000	2005	2010	2020	2000	2005	2010	2020	2000	2005	2010	2020
Soudan	39,0	38,1	37,8	37,7	72,5	70,9	70,5	70,1	10,7	10,4	10,1	10,0
Tunisie	17,7	16,4	15,6	15,4	32,8	31,0	30,1	30,0	3,4	3,5	3,6	3,7
<i>Afrique australe</i>	<i>14,1</i>	<i>18,2</i>	<i>25,2</i>	<i>25,7</i>	<i>20,3</i>	<i>28,5</i>	<i>36,1</i>	<i>36,1</i>	<i>9,9</i>	<i>11,7</i>	<i>18,7</i>	<i>20,0</i>
Afrique du Sud	9,9	15,5	23,8	24,8	15,0	25,4	34,7	35,6	6,5	9,3	17,3	18,9
Botswana	35,4	22,3	24,6	26,3	52,8	36,8	40,1	40,9	24,9	13,5	15,0	17,0
Lesotho	59,5	57,9	55,1	51,5	69,1	67,3	61,8	53,3	52,5	51,3	50,8	50,6
Namibie	32,8	30,3	29,6	28,6	39,5	34,7	33,3	31,1	27,8	27,1	27,0	27,0
Swaziland	39,0	37,2	33,1	25,0	64,4	59,5	51,0	33,6	20,2	20,3	20,2	20,1
<i>Afrique de l'Ouest</i>	<i>44,3</i>	<i>43,4</i>	<i>42,3</i>	<i>41,6</i>	<i>58,3</i>	<i>57,4</i>	<i>56,4</i>	<i>54,9</i>	<i>32,2</i>	<i>31,4</i>	<i>30,3</i>	<i>30,4</i>
Bénin	57,5	56,9	55,7	50,7	82,4	81,1	78,2	65,3	39,8	39,6	39,4	39,4
Burkina Faso	52,9	51,2	50,1	47,7	72,4	71,3	70,0	64,7	37,5	36,8	36,6	36,5
Cap-Vert	26,5	23,4	22,0	21,3	51,8	47,0	45,3	45,0	11,1	10,6	10,5	10,4
Côte d'Ivoire	48,1	47,2	46,7	47,2	69,9	67,5	65,9	65,1	25,3	26,3	27,4	30,4
Gambie	73,7	73,3	72,7	72,5	87,2	86,7	86,4	86,1	61,5	61,3	60,7	60,6
Ghana	59,0	57,6	49,9	49,1	66,7	64,4	60,0	59,4	52,2	51,5	40,7	39,9
Guinée	50,7	50,0	49,1	42,9	75,0	74,4	72,3	57,7	31,5	31,3	31,2	31,2
Guinée-Bissau	46,6	47,7	50,1	51,1	64,4	65,0	65,2	65,3	32,3	33,7	37,9	39,9
Libéria	49,9	49,6	49,5	49,4	77,3	77,7	77,9	78,0	28,2	27,5	27,3	27,2
Mali	23,8	22,8	22,1	21,2	36,0	35,5	35,8	35,7	13,7	13,0	12,5	12,3
Mauritanie	41,3	39,9	37,9	34,2	59,4	57,6	54,3	46,0	26,7	25,8	25,4	25,1
Niger	54,6	54,2	53,8	54,3	75,3	75,7	75,7	75,8	28,6	28,4	28,4	28,5
Nigéria	38,6	37,5	37,0	36,6	49,9	49,1	48,7	48,2	29,3	27,9	27,3	27,0
Sénégal	53,3	51,8	50,2	46,9	61,2	59,5	56,5	50,0	45,2	44,3	44,2	44,2

Taux d'activité de la population âgée de 65 ans et plus (pourcentage)

Grande région, région ou pays	Total				Hommes				Femmes			
	2000	2005	2010	2020	2000	2005	2010	2020	2000	2005	2010	2020
Sierra Leone	37,8	36,8	36,7	36,6	51,0	52,8	53,1	53,2	27,5	24,3	24,0	23,9
Togo	53,3	52,8	52,1	50,3	74,2	72,7	70,1	63,7	37,0	37,4	38,3	40,1

Définitions: La *population active* comprend toutes les personnes des deux sexes qui fournissent, durant une période de référence spécifiée, de la main-d'œuvre pour la production de biens et services. Selon la version de 1993 du Système de comptabilité nationale (SCN93), la production comprend la production de tous les biens ou de tous les services individuels ou collectifs fournis, ou destinés à être fournis, à des unités autres que celles qui les produisent, y compris la production des biens et des services entièrement consommés dans le processus de production de ces biens ou services; la production pour compte propre de tous les biens conservés par leurs producteurs pour leur propre consommation finale; la production pour compte propre des services des logements occupés par leurs propriétaires et des services domestiques et personnels produits grâce à l'emploi de personnel domestique rémunéré. *Population active pour une classe d'âge spécifique* = personnes ayant un emploi + chômeurs dans cette même classe d'âge. *Taux d'activité de la population âgée de 15 à 64 ans (pourcentage)* = population active âgée de 15 à 64 ans / population âgée de 15 à 64 ans. *Taux d'activité de la population âgée de 65 ans et plus (pourcentage)* = population active âgée de 65 ans et plus / population âgée de 65 ans et plus.

Méthodologie: BIT, 2009e: *Estimations et projections de la population active 1980-2020* (cinquième édition), méthodologie (http://laborsta.ilo.org/applv8/data/EAPEP/eapep_E.html).

Notes: Ces estimations et projections sont établies à des fins de comparaisons internationales et ne sont ni supérieures ni nécessairement inférieures aux estimations et projections nationales, établies à l'aide d'informations complémentaires spécifiques aux différents pays. Ces informations complémentaires: a) ne nous sont pas nécessairement accessibles pour tous les pays; et/ou b) diffèrent selon les pays, ce qui rendrait les comparaisons internationales difficiles.

^a Les régions plus développées comprennent l'Europe, l'Amérique du Nord, l'Australie/la Nouvelle-Zélande et le Japon. ^b Les régions moins développées comprennent l'ensemble de l'Afrique, de l'Asie (sauf le Japon) et de la région Amérique latine et Caraïbes plus la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie. ^c Les pays les moins avancés: 49 pays, dont 33 sont situés en Afrique, 10 en Asie, 5 en Océanie et 1 dans la région Amérique latine et Caraïbes. ^d Les autres pays moins développés regroupent les régions moins développées hors pays les moins avancés. ^e L'Afrique subsaharienne recouvre l'ensemble de l'Afrique sauf l'Afrique du Nord, étant entendu que le Soudan fait partie de l'Afrique subsaharienne.

Source: BIT, 2009e: *Estimations et projections de la population active 1980-2020* (EAPEP), tableau E5 (http://laborsta.ilo.org/applv8/data/EAPEP/eapep_E.html).

Tableau SA4. c) Situation dans la profession, dernière année disponible

Pays	Année	Situation dans la profession																				
		Total							Hommes							Femmes						
		Travailleurs rémunérés et salariés	Total des travailleurs à titre indépendant (a + b + c)	Employeurs (a)	Personnes travaillant pour leur propre compte (b)	Membres de coopératives de producteurs (c)	Travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale	Inclassables	Travailleurs rémunérés et salariés	Total des travailleurs à titre indépendants (a + b + c)	Employeurs (a)	Personnes travaillant pour leur propre compte (b)	Membres de coopératives de producteurs (c)	Travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale	Inclassables	Travailleurs rémunérés et salariés	Total des travailleurs à titre indépendant (a + b + c)	Employeurs (a)	Personnes travaillant pour leur propre compte (b)	Membres de coopératives de producteurs (c)	Travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale	Inclassables
Afrique du Sud	2008	84,5	15,0	7,5	7,5	...	0,4	...	84,4	14,7	5,5	9,2	...	0,9	...	84,2	14,4	3,0	11,4	...	1,4	...
Algérie	2004	59,8	31,7	5,0	26,7	...	8,2	0,3	61,9	30,7	5,8	24,9	...	7,1	0,4	49,8	36,6	1,3	35,3	...	13,6	0,3
Botswana	2006	62,2	9,6	4,8	4,8	...	2,1	26,1	60,5	12,3	3,7	8,6	...	3,2	24,0	58,6	15,3	2,5	12,8	...	4,3	21,8
Burkina Faso	1994	3,6	26,3	0,3	26,0	...	69,2	0,8	5,8	40,7	0,5	40,2	...	52,2	1,4	1,4	11,0	0,0	11,0	...	87,3	0,3
Cameroun	2001	19,2	59,3	1,6	57,7	...	18,2	3,3	29,3	57,0	2,1	54,9	...	9,5	4,2	8,7	61,7	1,1	60,6	...	27,2	2,5
Cap-Vert	2000	38,9	31,8	2,5	29,3	...	10,3	19,0	43,8	32,6	3,3	29,4	...	6,5	17,1	33,0	30,9	1,6	29,2	...	14,8	21,3
Egypte	2007	61,4	29,9	17,0	12,9	...	8,7	...	58,5	27,4	14,1	13,3	...	14,1	...	47,9	18,2	3,4	14,8	...	33,9	...
Ethiopie	2006	46,3	42,8	0,7	41,8	0,3	10,0	0,4	49,3	41,8	1,0	40,5	0,4	7,8	0,5	42,7	44,0	0,4	43,4	0,2	12,7	0,3
Gabon	1993	45,2	45,4	0,6	44,8	...	3,5	5,8	58,6	35,4	0,9	34,5	...	2,0	4,0	29,2	57,5	0,2	57,3	...	5,3	7,9
Guinée équatoriale	1983	21,1	38,3	...	...	...	39,5	1,2	30,7	51,8	...	...	...	16,5	1,3	6,0	16,8	...	...	...	76,5	0,0
Lesotho	1999	25,7	5,5	0,8	4,8	...	...	68,8	22,5	4,6	0,7	3,8	...	...	73,0	29,9	6,8	0,8	6,0	...	...	63,4
Madagascar	2005	13,4	...	...	34,1	...	52,3	0,1	16,0	...	...	51,8	...	32,1	0,1	10,8	...	...	16,1	...	73,0	0,1
Malawi	1987	16,1	83,9	0,2	83,5	0,3	...	...	29,0	71,0	0,1	70,7	0,3	...	...	3,9	96,1	0,0	95,7	0,4	...	...
Mali	2004	13,6	71,4	...	...	...	15,0	...	15,2	66,4	...	...	...	18,4	...	11,4	78,4	...	...	...	10,2	...
Maroc	2008	47,5	37,4	3,2	32,2	2,0	15,0	0,1	43,8	32,0	2,5	27,9	1,6	24,0	0,1	34,0	17,3	0,8	16,0	0,5	48,6	0,1
Maurice	2008	78,0	20,7	4,4	16,2	0,1	0,9	0,4	80,0	17,6	3,3	14,2	0,1	2,1	0,4	83,8	11,5	1,1	10,4	...	4,4	0,3
Namibie	2004	72,8	22,3	5,6	16,7	...	4,4	0,4	76,0	20,4	6,6	13,7	...	3,2	0,4	68,8	26,6	4,3	22,3	...	5,8	0,4
Ouganda	2003	14,5	59,4	0,3	59,1	...	26,1	...	22,2	67,5	0,4	67,1	...	10,3	...	7,5	52,1	0,2	51,9	...	40,5	...
République-Unie de Tanzanie	2006	10,5	78,1	1,8	76,3	...	11,4	...	15,3	75,0	2,6	72,4	...	9,7	...	6,1	80,9	1,0	79,9	...	13,0	...
Rwanda	1996	6,0	61,4	0,1	61,3	...	31,2	1,4	9,4	56,2	0,1	56,2	...	32,7	1,6	3,3	65,5	0,0	65,5	...	30,0	1,2
Sao Tomé-et-Principe	1991	71,2	26,8	0,4	26,4	...	0,8	1,3	72,3	25,5	0,5	25,1	...	0,8	1,3	68,9	29,2	0,1	29,1	...	0,7	1,2

Situation dans la profession																						
Pays	Année	Total							Hommes							Femmes						
		Travailleurs rémunérés et salariés	Total des travailleurs à titre indépendant (a + b + c)	Employeurs (a)	Personnes travaillant pour leur propre compte (b)	Membres de coopératives de producteurs (c)	Travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale	Inclassables	Travailleurs rémunérés et salariés	Total des travailleurs à titre indépendants (a + b + c)	Employeurs (a)	Personnes travaillant pour leur propre compte (b)	Membres de coopératives de producteurs (c)	Travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale	Inclassables	Travailleurs rémunérés et salariés	Total des travailleurs à titre indépendant (a + b + c)	Employeurs (a)	Personnes travaillant pour leur propre compte (b)	Membres de coopératives de producteurs (c)	Travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale	Inclassables
Sénégal	1991	11,3	55,4	0,6	54,8	...	28,5	4,8	14,4	52,7	1,0	51,7	...	25,3	7,6	7,5	58,7	0,1	58,6	...	32,4	1,4
Sierra Leone	2004	7,6	...	74,3	...	...	18,1	...	11,3	...	73,9	...	...	14,8	...	3,7	...	74,7	...	...	21,6	...
Swaziland	1997	76,4	21,1	1,5	19,6	...	1,1	1,4	82,7	15,3	1,6	13,7	...	0,8	1,2	67,4	29,4	1,3	28,1	...	1,5	1,7
Tchad	1993	4,9	65,6	0,2	65,4	...	28,3	1,2	8,8	76,7	0,3	76,4	...	13,2	1,3	0,8	53,7	0,1	53,6	...	44,4	1,1
Tunisie	2003	64,3	26,8	...	...	...	8,7	0,2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Zambie	2003	18,7	59,7	0,0	59,7	...	19,6	1,9	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Zimbabwe	2002	37,7	50,4	0,5	49,9	...	11,9	...	51,0	38,6	0,6	38,0	...	10,4	...	23,1	63,2	0,3	62,9	...	13,6	...

Définitions: *Les travailleurs rémunérés et salariés* sont tous les travailleurs qui occupent un emploi défini comme «emploi rémunéré». Les salariés titulaires de contrats de travail stables sont des «salariés» qui ont été et sont titulaires d'un contrat de travail explicite ou implicite, écrit ou oral, ou d'une série de tels contrats, avec le même employeur continuellement. «Continuement» implique une période d'emploi plus longue qu'un minimum spécifié et déterminé selon les conditions nationales. (Si des interruptions sont autorisées au cours de cette période minimale, leur durée maximale doit aussi être déterminée selon les conditions nationales.) Les salariés réguliers sont des «salariés titulaires de contrats de travail stables» pour lesquels l'organisation employeuse est responsable du paiement des impôts et contributions à la sécurité sociale appropriés et/ou la relation contractuelle est régie par la législation du travail nationale. *Les travailleurs à titre indépendant* sont des travailleurs dont la rémunération est directement dépendante des bénéfices (réalisés ou potentiels) provenant des biens ou services produits (la consommation propre étant considérée comme faisant partie des bénéfices). Les intéressés prennent les décisions de gestion affectant l'entreprise ou délèguent cette compétence mais sont tenus pour responsables de la bonne santé de leur entreprise. (Dans ce contexte, l'«entreprise» inclut les entreprises unipersonnelles.) *Les employeurs* sont les personnes qui, travaillant pour leur propre compte ou avec un ou plusieurs associés, occupent le type d'emploi défini comme «emploi indépendant» et qui, à ce titre, engagent sur une période continue incluant la période de référence une ou plusieurs personnes pour travailler dans leur entreprise en tant que «salarié(s)». La signification de «sur une période continue» doit être déterminée selon les conditions nationales, de façon à ce qu'il y ait correspondance avec la définition «salariés titulaires de contrats de travail stables». (A noter que les associés peuvent être ou ne pas être membres de la même famille ou du même ménage.) *Les personnes travaillant pour leur propre compte* sont les personnes qui, travaillant pour leur propre compte ou avec un ou plusieurs associés, occupent un emploi défini comme «emploi à titre indépendant» et qui, pendant la période de référence, n'ont engagé continuellement aucun «salarié» pour travailler avec eux. Il convient de noter que, pendant la période de référence, les membres de ce groupe peuvent avoir engagé des «salariés», pour autant que ce ne soit pas de façon continue. (Les associés peuvent être ou ne pas être membres de la même famille ou du même ménage.) *Les membres de coopératives de producteurs* sont les personnes qui occupent un «emploi indépendant» dans une coopérative produisant des biens et des services, dans laquelle chaque membre prend part sur un pied d'égalité à l'organisation de la production, des ventes et/ou des autres activités de l'établissement, décide des investissements ainsi que de la répartition des bénéfices de l'établissement entre les membres. (Il faut noter que les «salariés» des coopératives de producteurs ne doivent pas être classés dans ce groupe.) *Les travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale* sont les personnes qui occupent un «emploi indépendant» dans une entreprise orientée vers le marché et exploitée par un parent vivant dans le même ménage, mais qui ne peuvent pas être considérées comme associés, parce que leur degré d'engagement dans l'exploitation de l'établissement, en termes de temps de travail ou d'autres facteurs à déterminer selon les conditions nationales, n'est pas comparable à celui du dirigeant de l'établissement. (Lorsqu'il est fréquent que des jeunes, en particulier, accomplissent un travail non rémunéré dans une entreprise exploitée par un parent ne vivant pas dans le même ménage, on pourra supprimer le critère «vivant dans le même ménage».) *Les travailleurs inclassables* d'après la situation dans la profession sont les personnes pour lesquelles on ne dispose pas d'informations suffisantes, et/ou qui ne peuvent être classées dans aucune des catégories susmentionnées.

Pour de plus amples informations, voir *Classification internationale d'après la situation dans la profession (CISP)*, à l'adresse <http://laborsta.ilo.org/applv8/data/icsef.html>.

Sources: BIT, 2008c: *Indicateurs clés du marché du travail (ICMT)* et KILMnet, septembre 2009, tableau 3: Situation dans la profession (par sexe); BIT, 2009h: LABORSTA, tableau 2D: Emploi total, par situation dans la profession (en milliers).

Tableau SA4. d) Chômage en pourcentage de la population active, diverses années

Pays	Chômage en pourcentage de la population active											
	Total				Hommes				Femmes			
	1995	2000	2005	2008	1995	2000	2005	2008	1995	2000	2005	2008
Afrique du Sud	...	25,4	26,7	22,9	...	22,2	22,6	20,0	...	29,2	31,7	26,3
Algérie ^{1,10}	...	27,3	15,3	13,8	...	26,6	12,9	12,9	...	31,4	17,5	18,4
Botswana ^{2,3}	21,5	15,8	17,6	...	19,4	14,7	15,3	...	23,9	17,2	19,9	...
Burkina Faso ⁹	...	2,4	...	...	...	2,3	...	...	...	2,6	...	...
Burundi ⁴	...	14,0	...	...	...	15,0	...	...	...	13,2	...	...
Cameroun ^{1,2}	8,1	7,5	...	...	9,5	8,2	...	...	6,5	6,7	...	...
Côte d'Ivoire ^{9,b}	...	4,1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Egypte	11,3	9,0	11,2	...	7,6	5,1	7,1	...	24,1	22,7	24,3	...
Ethiopie ³	...	...	5,0	...	...	...	2,5	...	...	...	7,8	...
Lesotho ^{4,5}	39,3	27,3	...	...	30,7	20,8	...	...	47,1	34,2	...	...
Libéria ¹⁰	...	...	...	5,6	...	...	...	6,8	...	...	...	4,2
Madagascar	...	5,8	...	...	...	6,0	...	...	...	5,7	...	...
Mali ^{5,6}	3,3	...	8,8	...	3,3	...	7,2	...	3,3	...	10,9	...
Maroc	...	13,6	11,0	9,4	...	13,8	10,8	9,4	...	13,0	11,5	9,5
Maurice	9,8	...	9,6	7,2	7,8	...	5,8	4,1	13,9	...	16,5	12,7
Namibie ⁶	...	...	21,9	...	...	...	19,4	...	...	...	25,0	...
Niger	5,1	...	...	...	3,6	...	...	...	8,1	...	...	...
Ouganda ⁷	...	...	3,2	...	...	...	2,5	...	...	...	3,9	...
République-Unie de Tanzanie ³	...	...	4,3	...	...	...	2,8	...	...	...	5,8	...
Réunion ²	37,1	36,5	29,5	24,5	33,7	34,4	26,6	22,8	41,7	39,1	33,3	26,5
Rwanda ²	0,6	...	...	...	0,8	...	...	...	0,3	...	...	...
Sénégal ³	...	...	11,1	...	...	...	7,9	...	...	...	13,6	...

Chômage en pourcentage de la population active

Pays	Total				Hommes				Femmes			
	1995	2000	2005	2008	1995	2000	2005	2008	1995	2000	2005	2008
Sierra Leone ⁶	...	...	2,8	...	...	...	3,1	...	...	...	2,5	...
Tunisie ⁵	15,9	15,7	14,2	...	15,5	15,3	13,1	...	17,4	16,9	17,3	...
Zambie	...	12,9	...	...	...	14,1	...	...	...	11,3	...	...
Zimbabwe ^{4,5}	6,9	6,0	...	...	8,7	7,3	...	...	5,1	4,6	...	...

Pour de plus amples informations, voir:

- la définition du chômage sur le site Statistiques du BIT à l'adresse: <http://laborsta.ilo.org/applv8/data/c3e.html>; et
- la Résolution concernant les statistiques de la population active, de l'emploi, du chômage et du sous-emploi, adoptée par la treizième Conférence internationale des statisticiens du travail (Genève, 1982), consultable à l'adresse http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/---stat/documents/normativeinstrument/wcms_087482.pdf.

Notes: ¹ Pour 2000, données 2001. ² Pour 1995, données 1996. ³ Pour 2005, données 2006. ⁴ Pour 2000, données 1999. ⁵ Pour 1995, données 1997. ⁶ Pour 2005, données 2004. ⁷ Pour 2005, données 2003. ⁸ Pour 2008, données 2006. ⁹ Pour 2000, données 1998. ¹⁰ Pour 2008, données 2007.

Source: BIT, 2009h: LABORSTA, tableau 3A: Chômage, niveau général (en milliers).

Tableau SA4. e) Emploi et envois de fonds, diverses années

	Année	Taux de chômage			Taux d'activité (> 15) 2006	Taux d'inactivité (> 15) 2006			Envois de fonds des travailleurs (millions de dollars E.-U.)				
		Total	Hommes	Femmes		Total	Hommes	Femmes	2001	2002	2003	2004	2005
Afrique du Sud	2005	26,7	26,8	26,6	62,0	38,0	20,8	54,2	297	288	435	523	658
Algérie	2007	13,8	11,8	14,4	58,6	41,4	19,6	63,4	670	1 070	1 750	2 460	1 950
Angola	2006	25,2	...	...	82,4	17,6	8,5	26,3	...	...	...	...	...
Bénin	...	...	...	...	69,9	30,1	13,9	46,4	84	76,2	55,4	63	63
Botswana	2003	23,8	21,4	26,3	57,6	42,4	30,4	54,1	26	27	39	93	125
Burkina Faso	1998	2,4	2,3	2,6	83,4	16,6	10,6	22,4	50	50	50	50	50
Burundi	1990				92,7	7,3	6,7	8,0	...	...	...	...	...
Cameroun	2001	7,5	8,2	6,7	65,7	34,3	20,1	48,2	11	11	11	11	11
Cap-Vert	...	...	...	...	53,5	46,5	24,1	66,0	81	85	92	113	137
République centrafricaine	...	...	...	...	79,6	20,4	10,6	29,5	...	...	...	...	...
Comores	...	...	...	...	72,4	27,6	12,7	42,2	12	12	12	12	12
Congo	...	...	...	...	72,0	28,0	12,3	43,2	12	10	13	15	11
Côte d'Ivoire	1998	4,1	...	...	64,4	35,6	11,3	61,2	116	120	142	159	160
Djibouti	1991	43,5	41,9	46,7	67,9	32,1	17,0	47,0	...	...	...	...	...
Egypte	2006-07	9,1	6,8	24,0	46,5	53,5	26,8	79,9	2 911	2 893	2 961	3 341	5 017
Erythrée	1984				73,6	26,4	9,7	41,8	...	...	...	...	...
Ethiopie	2005	5,4	2,7	8,2	79,9	20,1	10,8	29,1	18	33	46	134	174
Gabon	1993	18,0	19,3	16,4	72,5	27,5	16,7	38,2	5	3	6	6	6
Gambie	...	...	...	...	72,5	27,5	13,9	41,0	7	7	6,5	6,2	5,8
Ghana	1999	10,1	9,4	10,1	72,8	27,2	24,7	29,7	46	44	65	82	99
Guinée	1994	3,09	4,6	1,7	83,6	16,4	12,6	20,3	9	15	111	42	42
Guinée-Bissau	...	...	...	...	76,5	23,5	7,4	38,9	10	18	23	28	28

Année	Taux de chômage			Taux d'activité (> 15) 2006	Taux d'inactivité (> 15) 2006			Envois de fonds des travailleurs (millions de dollars E.-U.)					
	Total	Hommes	Femmes		Total	Hommes	Femmes	2001	2002	2003	2004	2005	
Guinée équatoriale	...	...	...	70,6	29,4	9,0	48,9	...	...	...	...	...
Kenya	1999	9,8		79,4	20,6	10,5	30,4	516,78	395,34	494,34	371	524	
Lesotho	1997	39,29	30,7	47,1	58,4	41,6	26,5	53,9	209	194	287	355	327
Libéria	...	...	...	...	68,9	31,1	16,6	45,5	...	...	...	...	...
Jamahiriya arabe libyenne	2006	14,8	...	...	59,3	40,7	18,0	65,5	10	7	8	10	15
Madagascar	2003	5,0	3,8	6,2	82,5	17,5	13,8	21,1	11	17	16	11	11
Malawi	1998	0,89	1,2	0,6	87,5	12,5	10,5	14,4	1	1	1	1	1
Mali	2004	8,8	7,2	10,9	76,9	23,1	17,7	28,0	88	137	154	155	177
Maroc	2005	11,0	10,8	11,5	52,8	47,2	19,7	73,2	3 261	2 877	3 614	4 220,8	4 589
Maurice	2007	8,8	5,6	15,6	60,6	39,4	21,2	57,2	215	215	215	215	215
Mauritanie	...	...	...	...	69,3	30,7	15,8	45,6	2	2	2	2	2
Mozambique	...	...	...	...	83,8	16,2	17,0	15,4	42	53	70	58	57
Namibie	2001	31,1	26,8	35,9	54,4	45,6	37,2	53,5	9	7	12	16	16
Niger	2005	16,0	12,0	25	83,0	17,0	4,9	29,1	22	19	25,5	60	60
Nigéria	...	...	...	...	65,1	34,9	14,8	54,5	1 166,6	1 208,9	1 062,8	2 272,7	3 329
Ouganda	2003	3,2	2,5	3,9	78,4	16,9	13,7	20,0	342	421	306	368	450
République démocratique du Congo	2007	8,9	...	...	75,7	24,3	9,4	38,6	...	...	...	...	...
République-Unie de Tanzanie	2001	5,09	4,4	5,8	88,0	12,0	9,9	13,9	15	12	9,1	10,9	16
Rwanda	1996	0,6	0,9	0,4	81,4	18,6	16,4	20,5	8	7	9	10	21
Sao Tomé-et-Principe	2000	14,39	12,5	17,8	51,5	48,5	25,3	70,7	1	1	1	1	1
Sénégal	...	...	...	...	68,1	31,9	19,0	44,4	305	344	511	633	633
Seychelles	1992	34,59	27,7	41,1	...				2	2	5	7	11
Sierra Leone	...	...	...	...	74,7	25,3	5,8	43,9	7	22	26	24,7	2

	Année	Taux de chômage			Taux d'activité (> 15) 2006	Taux d'inactivité (> 15) 2006			Envois de fonds des travailleurs (millions de dollars E.-U.)				
		Total	Hommes	Femmes		Total	Hommes	Femmes	2001	2002	2003	2004	2005
Somalie	...	...	...	...	76,6	23,4	5,2	40,9	...	...	...	...	...
Soudan	...	...	...	...	47,4	52,6	28,8	76,4	740	978	1 224	1 403	1 016
Swaziland	1997	25,2	20,0	26,0	52,1	47,9	25,2	68,1	74	62	88	89	81
Tchad	1993	0,69	1,1	0,3	71,6	28,4	22,5	34,1	...	...	...	...	...
Togo	...	...	...	...	69,8	30,2	10,1	49,7	69	104	148	179	179
Tunisie	2005	14,2	13,1	17,3	52,1	47,9	25,1	70,8	927	1 071	1 250	1 432	1 393
Zambie	1998	12,0	13,0	12,0	74,3	21,6	9,0	34,0	...	...	...	...	...
Zimbabwe	2002	8,19	10,4	6,1	73,8	25,7	15,3	35,9	...	...	...	...	...
Afrique									12 408	12 910	15 415	19 099	21 727

Source: Emploi: BIT, base de données ICMT, mars 2007, diverses autorités nationales. Envois de fonds: Banque mondiale, base de données Global Development Finance 2007.

Reproduit avec l'autorisation de OCDE/BAfD, 2008, annexe statistique, pp. 682-3.

Tableau SA5. Tendances démographiques en Afrique, 2000-2050 – a) Taux de dépendance

Grande région, région ou pays	Taux de dépendance total (%)					Taux de dépendance des personnes âgées (%)					Taux de dépendance des jeunes (%)				
	2000	2005	2010	2030	2050	2000	2005	2010	2030	2050	2000	2005	2010	2030	2050
Monde (total)	59,1	55,3	52,7	52,3	56,0	10,9	11,3	11,6	17,8	25,3	48,3	44,1	41,2	34,5	30,6
Régions plus développées ^a	48,5	47,8	48,1	61,1	71,3	21,3	22,6	23,6	36,2	44,9	27,2	25,2	24,4	24,8	26,4
Régions moins développées ^b	61,9	57,2	53,8	50,8	53,8	8,1	8,5	8,8	14,6	22,5	53,8	48,7	44,9	36,2	31,3
Pays les moins avancés ^c	84,0	80,0	76,0	61,8	52,5	5,8	5,8	5,8	7,3	11,3	78,2	74,2	70,2	54,5	41,2
Régions moins développées, à l'exception des pays les moins avancés ^d	58,9	53,9	50,4	48,6	54,1	8,4	8,9	9,3	16,1	25,6	50,5	45,0	41,1	32,5	28,5
Régions moins développées, à l'exception de la Chine	67,4	63,0	59,1	51,4	51,9	7,3	7,6	7,9	12,2	19,3	60,1	55,4	51,2	39,2	32,6
Afrique subsaharienne ^e	88,5	86,0	83,5	65,4	52,4	5,7	5,7	5,8	6,4	9,1	82,9	80,3	77,7	58,9	43,3
Afrique	83,9	80,2	77,6	62,6	52,5	6,0	6,0	6,1	7,4	10,8	78,0	74,2	71,5	55,2	41,7
<i>Afrique de l'Est</i> ¹	92,9	90,4	87,9	67,9	52,9	5,7	5,7	5,7	6,1	8,6	87,2	84,7	82,2	61,8	44,3
Burundi	96,6	79,4	68,7	56,4	49,5	5,7	5,1	4,7	6,7	11,5	90,9	74,3	63,9	49,7	38,0
Comores	74,8	70,8	69,9	53,4	51,6	5,3	5,2	5,2	7,6	14,5	69,5	65,6	64,7	45,8	37,1
Djibouti	78,2	70,7	63,6	51,6	46,7	4,8	5,1	5,4	7,7	12,4	73,4	65,6	58,2	43,9	34,3
Erythrée	89,1	79,3	78,6	54,6	50,8	4,6	4,2	4,5	4,4	10,8	84,6	75,1	74,1	50,2	40,0
Ethiopie	95,3	91,9	86,5	64,1	48,2	5,7	5,9	6,0	6,6	9,2	89,5	86,0	80,5	57,6	39,0
Kenya	88,5	83,5	83,3	64,3	53,4	5,2	5,0	4,8	6,0	9,3	83,3	78,5	78,5	58,3	44,1
Malawi	95,8	99,3	96,2	73,5	54,3	5,9	6,1	6,1	6,2	7,4	89,9	93,2	90,1	67,3	46,9
Maurice ²	46,7	45,4	42,2	49,8	60,0	8,5	9,4	10,7	21,3	32,7	38,2	35,9	31,5	28,4	27,3
Mayotte	91,0	81,9	69,9	49,1	46,4	5,3	5,4	5,6	8,5	16,7	85,6	76,5	64,3	40,6	29,6
Mozambique	88,0	89,6	89,3	68,0	52,9	5,9	6,1	6,2	6,8	7,8	82,1	83,6	83,0	61,2	45,1
Ouganda	109,4	108,1	105,1	79,4	56,3	5,9	5,4	5,2	4,1	6,4	103,5	102,7	99,9	75,3	49,9
République-Unie de Tanzanie	90,9	90,8	91,8	74,5	57,4	5,5	5,8	6,0	6,1	8,0	85,4	85,1	85,8	68,4	49,4
Réunion	52,9	51,9	50,8	55,0	57,5	9,8	10,8	11,7	21,9	28,7	43,1	41,1	39,1	33,1	28,9
Rwanda	94,0	82,3	81,2	65,6	54,4	5,2	4,8	4,5	5,8	9,1	88,8	77,5	76,8	59,8	45,3

Grande région, région ou pays	Taux de dépendance total (%)					Taux de dépendance des personnes âgées (%)					Taux de dépendance des jeunes (%)				
	2000	2005	2010	2030	2050	2000	2005	2010	2030	2050	2000	2005	2010	2030	2050
Somalie	88,4	90,1	90,8	78,8	60,5	5,2	5,3	5,2	6,0	7,5	83,2	84,9	85,7	72,8	53,1
Zambie	92,7	96,1	97,0	73,0	54,5	5,5	5,8	6,0	5,2	6,2	87,1	90,3	91,0	67,8	48,3
Zimbabwe	84,0	81,1	77,3	55,0	46,2	6,3	6,8	7,3	5,7	10,5	77,7	74,2	70,0	49,2	35,8
<i>Afrique centrale</i>	97,4	94,9	90,5	68,9	51,8	5,8	5,6	5,5	5,6	7,8	91,6	89,3	85,0	63,4	44,0
Angola	98,2	94,9	89,2	71,3	54,6	4,9	4,8	4,7	5,5	7,7	93,2	90,1	84,5	65,8	47,0
Cameroun	86,8	82,6	79,6	60,3	50,6	6,6	6,5	6,4	6,7	10,0	80,2	76,1	73,2	53,6	40,6
République centrafricaine	84,6	83,2	79,3	60,5	49,9	7,2	7,1	6,9	7,1	9,7	77,4	76,1	72,3	53,4	40,2
Congo	86,4	82,0	78,6	56,6	49,1	7,2	7,0	6,8	6,6	11,2	79,1	75,0	71,8	50,0	37,8
Gabon	84,2	75,6	66,4	53,6	48,0	8,8	7,8	7,2	9,7	14,2	75,4	67,8	59,2	43,9	33,8
Guinée équatoriale	91,1	83,3	77,3	72,7	54,1	6,8	5,8	5,1	9,1	8,1	84,3	77,4	72,2	63,6	46,0
République démocratique du Congo	103,0	101,3	96,2	70,9	50,8	5,4	5,3	5,2	5,0	7,1	97,6	95,9	91,0	65,9	43,7
Sao Tomé-et-Principe	87,2	85,0	79,2	54,1	48,5	8,2	8,1	6,9	7,0	13,6	79,0	76,9	72,2	47,2	34,9
Tchad	96,6	95,8	93,9	76,3	56,4	6,1	5,7	5,5	5,4	6,9	90,5	90,1	88,4	70,8	49,4
<i>Afrique du Nord</i>	68,4	60,5	56,5	49,5	52,1	7,1	7,2	7,3	11,7	20,8	61,3	53,3	49,2	37,8	31,4
Algérie	62,0	52,0	46,3	44,9	55,8	6,8	6,9	6,8	12,6	27,5	55,2	45,1	39,5	32,3	28,3
Egypte	70,0	60,8	58,1	49,7	50,8	7,3	7,2	7,3	11,5	19,8	62,7	53,6	50,8	38,2	31,1
Jamahiriya arabe libyenne	55,1	51,8	52,5	42,3	57,5	5,2	5,8	6,6	11,6	27,7	49,9	46,0	45,9	30,7	29,8
Maroc	62,2	55,1	50,2	48,3	54,3	7,6	8,1	8,1	14,6	25,5	54,6	47,0	42,1	33,7	28,7
Sahara occidental	60,5	51,0	44,7	43,9	52,6	4,0	3,5	3,4	9,9	23,7	56,5	47,5	41,3	34,0	28,9
Soudan	83,3	79,0	73,4	55,4	48,9	6,0	6,2	6,4	8,1	12,8	77,3	72,9	67,0	47,3	36,2
Tunisie	57,1	47,8	42,0	45,8	59,7	9,9	9,9	9,6	17,1	33,2	47,2	37,9	32,4	28,7	26,5
<i>Afrique australe</i>	61,8	57,7	55,3	52,3	47,9	5,9	6,3	7,0	11,4	13,9	55,9	51,4	48,3	40,9	34,0
Afrique du Sud	59,4	55,6	53,6	51,6	47,9	5,8	6,3	7,1	11,9	14,5	53,6	49,3	46,6	39,7	33,3
Botswana	69,8	63,0	58,2	51,4	45,9	5,1	5,7	6,1	8,7	11,5	64,7	57,3	52,1	42,7	34,4
Lesotho	87,6	81,5	76,2	61,9	51,2	8,8	8,7	8,4	8,5	9,1	78,7	72,9	67,9	53,4	42,1
Namibie	79,8	73,8	66,8	54,9	47,7	6,2	6,1	6,1	8,5	11,8	73,7	67,7	60,7	46,4	35,9

Grande région, région ou pays	Taux de dépendance total (%)					Taux de dépendance des personnes âgées (%)					Taux de dépendance des jeunes (%)				
	2000	2005	2010	2030	2050	2000	2005	2010	2030	2050	2000	2005	2010	2030	2050
Swaziland	90,3	82,1	73,0	59,9	47,3	5,6	5,8	5,9	6,9	6,6	84,7	76,3	67,1	53,0	40,8
<i>Afrique de l'Ouest</i> ³	88,1	85,6	83,8	64,4	53,0	5,5	5,5	5,6	6,2	9,1	82,6	80,1	78,2	58,3	43,9
Bénin	91,8	88,2	85,8	67,8	53,6	6,1	5,9	6,1	6,9	9,9	85,8	82,3	79,7	60,9	43,7
Burkina Faso	96,1	91,9	93,9	72,1	54,6	4,3	4,0	3,9	4,3	6,9	91,8	87,9	90,0	67,8	47,7
Cap-Vert	91,0	78,2	65,5	50,5	50,8	8,4	8,1	6,8	10,5	21,1	82,6	70,1	58,7	40,0	29,8
Côte d'Ivoire	80,8	81,5	79,6	60,8	50,1	5,8	6,5	7,0	7,7	11,0	75,0	75,0	72,6	53,1	39,1
Gambie	84,1	83,9	81,6	63,0	50,3	5,0	5,1	5,2	5,8	8,6	79,1	78,8	76,4	57,1	41,7
Ghana	80,5	75,9	71,8	58,9	53,3	6,0	6,1	6,3	7,9	12,2	74,5	69,8	65,5	51,1	41,1
Guinée	89,4	86,8	84,9	67,6	53,0	5,8	5,8	6,1	7,1	9,9	83,5	81,1	78,8	60,5	43,2
Guinée-Bissau	82,8	84,9	85,4	72,8	58,2	6,4	6,3	6,4	6,8	8,3	76,5	78,6	79,0	66,0	49,9
Libéria	89,3	87,0	83,9	65,1	51,7	5,6	5,6	5,7	7,2	10,0	83,7	81,4	78,2	57,9	41,8
Mali	92,7	88,5	86,5	68,3	54,3	5,0	4,5	4,3	4,3	6,9	87,7	84,0	82,2	64,0	47,4
Mauritanie	81,5	76,3	72,1	54,6	48,5	4,9	4,7	4,6	6,2	11,3	76,6	71,6	67,5	48,4	37,2
Niger	102,4	103,8	108,8	97,1	71,2	4,1	4,1	4,1	4,6	5,1	98,3	99,8	104,7	92,5	66,1
Nigéria	88,1	85,7	83,5	61,2	50,4	5,6	5,7	5,8	6,3	9,4	82,5	80,0	77,7	55,0	41,0
Sénégal	92,3	88,2	84,2	58,9	49,0	4,7	4,6	4,4	4,4	8,7	87,5	83,6	79,8	54,5	40,4
Sierra Leone	79,1	80,7	82,9	66,2	53,5	4,0	3,5	3,4	3,6	6,2	75,2	77,2	79,5	62,6	47,3
Togo	85,7	80,7	75,8	57,8	50,5	6,0	6,1	6,3	7,8	12,8	79,7	74,6	69,5	50,0	37,7

Définitions: *Taux de dépendance totale*: Nombre de personnes à charge (âgées de 0 à 14 ans et de plus de 65 ans) par rapport à la population totale (âgée de 15 à 64 ans). Cet indicateur donne des informations sur le nombre de personnes qui ne sont pas en âge de travailler par rapport à celles qui le sont. Un taux de dépendance élevé signifie qu'il est plus lourd, pour la population en âge de travailler – et l'économie dans son ensemble –, de prendre en charge la population vieillissante. Le taux de dépendance totale est égal à la somme du taux de dépendance des jeunes et du taux de dépendance des personnes âgées. *Taux de dépendance des personnes âgées*: Population âgée de 65 ans et plus par rapport à la population âgée de 15 à 64 ans. *Taux de dépendance des jeunes*: Nombre de jeunes à charge (âgés de 0 à 14 ans) par rapport à la population totale (âgée de 15 à 64 ans). Le taux de dépendance des jeunes ne prend en compte que les personnes de moins de 15 ans. Par exemple, si dans une population de 1 000 personnes on dénombre 250 personnes de moins de 15 ans et 500 personnes de 15 à 64 ans, le taux de dépendance des jeunes est de 50 pour cent (250/500).

Notes: Seuls les pays ou régions qui comptent plus de 100 000 habitants sont cités individuellement; les autres sont pris en compte dans les groupes régionaux auxquels ils appartiennent mais ne sont pas mentionnés séparément. ^a Les régions plus développées comprennent l'Europe, l'Amérique du Nord, l'Australie/la Nouvelle-Zélande et le Japon. ^b Les régions moins développées comprennent l'ensemble de l'Afrique, de l'Asie (sauf le Japon) et de la région Amérique latine et Caraïbes plus la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie. ^c Les pays les moins avancés: 49 pays, dont 33 sont situés en Afrique, 10 en Asie, 5 en Océanie et 1 dans la région Amérique latine et Caraïbes. ^d Les autres pays moins développés regroupent les régions moins développées hors pays les moins avancés. ^e L'Afrique subsaharienne recouvre l'ensemble de l'Afrique sauf l'Afrique du Nord, étant entendu que le Soudan fait partie de l'Afrique subsaharienne. ¹ Dont les Seychelles. ² Dont Agaléga, Rodrigues et Saint Brandon. ³ Dont Sainte-Hélène, Ascension et Tristan da Cunha.

Source: D'après Nations Unies, 2009: *World Population Prospects: The 2008 Revision*. Projections basées sur la variante moyenne des projections de population.

Tableau SA5. b) Vieillesse

Grande région, région ou pays	Population de moins de 15 ans (en % de la population totale)					Population de plus de 60 ans (en % de la population totale)					Population de plus de 80 ans (en % de la population totale)				
	2000	2005	2010	2030	2050	2000	2005	2010	2030	2050	2000	2005	2010	2030	2050
Monde (total)	30,3	28,4	26,9	22,7	19,6	9,9	10,2	11,0	16,5	21,9	1,1	1,3	1,5	2,3	4,3
Régions plus développées ^a	18,3	17,0	16,5	15,4	15,4	19,5	20,1	21,8	28,8	32,6	3,1	3,7	4,3	6,4	9,5
Régions moins développées ^b	33,2	31,0	29,2	24,0	20,3	7,5	8,0	8,6	14,2	20,2	0,7	0,8	0,9	1,6	3,5
Pays les moins avancés ^c	42,5	41,2	39,9	33,7	27,0	4,9	5,0	5,2	7,0	11,1	0,3	0,4	0,4	0,6	1,1
Régions moins développées, à l'exception des pays les moins avancés ^d	31,8	29,3	27,3	21,9	18,5	7,9	8,5	9,3	15,8	22,7	0,7	0,9	1,0	1,8	4,1
Régions moins développées, à l'exception de la Chine	35,9	34,0	32,2	25,9	21,5	6,7	7,0	7,5	11,8	17,8	0,6	0,7	0,8	1,3	2,7
Afrique subsaharienne ^e	44,0	43,2	42,3	35,6	28,4	4,8	4,8	4,9	5,9	9,1	0,3	0,3	0,4	0,5	0,8
Afrique	42,4	41,2	40,3	34,0	27,3	5,1	5,2	5,4	6,9	10,6	0,4	0,4	0,4	0,6	1,1
<i>Afrique de l'Est</i> ¹	45,2	44,5	43,7	36,8	29,0	4,6	4,6	4,7	5,5	8,7	0,3	0,4	0,4	0,5	0,8
Burundi	46,2	41,4	37,9	31,8	25,4	4,4	4,4	4,4	6,5	12,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,9
Comores	39,8	38,4	38,1	29,9	24,4	4,7	4,7	4,7	7,7	13,7	0,4	0,4	0,4	0,5	1,3
Djibouti	41,2	38,4	35,6	29,0	23,4	4,5	4,9	5,4	8,0	13,1	0,2	0,3	0,3	0,6	1,1
Erythrée	44,7	41,9	41,5	32,5	26,5	4,0	4,0	4,1	4,6	10,8	0,3	0,3	0,3	0,4	0,7
Ethiopie	45,8	44,8	43,2	35,1	26,3	4,7	4,9	5,1	6,1	9,6	0,3	0,3	0,4	0,6	0,9
Kenya	44,2	42,8	42,8	35,5	28,8	4,1	4,0	4,1	5,5	9,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,8
Madagascar	45,1	44,3	42,5	34,1	26,9	4,8	4,6	4,6	6,7	10,3	0,3	0,4	0,4	0,5	1,1
Malawi	45,9	46,8	45,9	38,8	30,4	4,7	4,7	4,9	5,2	7,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,7
Maurice ²	26,0	24,7	22,2	19,0	17,1	8,7	9,9	11,6	20,6	26,1	0,9	1,1	1,3	2,7	5,9
Mayotte	44,9	42,1	37,9	27,2	20,3	4,2	4,5	5,0	8,6	16,4	0,5	0,5	0,5	1,0	2,2
Mozambique	43,7	44,1	43,9	36,4	29,5	5,0	5,0	5,1	6,0	7,7	0,3	0,4	0,4	0,6	0,8
Ouganda	49,4	49,3	48,7	42,0	31,9	4,1	4,0	3,8	3,6	6,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5
République-Unie de Tanzanie	44,7	44,6	44,7	39,2	31,4	4,6	4,7	4,9	5,3	7,7	0,3	0,3	0,4	0,5	0,7

Grande région, région ou pays	Population de moins de 15 ans (en % de la population totale)					Population de plus de 60 ans (en % de la population totale)					Population de plus de 80 ans (en % de la population totale)				
	2000	2005	2010	2030	2050	2000	2005	2010	2030	2050	2000	2005	2010	2030	2050
Réunion	28,2	27,1	26,0	21,4	18,3	9,4	10,1	11,1	19,9	23,8	1,1	1,3	1,5	2,5	5,8
Rwanda	45,8	42,5	42,4	36,1	29,3	4,1	3,9	3,8	5,3	9,6	0,2	0,3	0,3	0,4	0,7
Somalie	44,2	44,6	44,9	40,7	33,1	4,4	4,3	4,3	5,3	7,1	0,3	0,3	0,3	0,4	0,6
Zambie	45,2	46,0	46,2	39,2	31,3	4,6	4,7	4,8	4,4	6,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5
Zimbabwe	42,2	41,0	39,5	31,8	24,5	5,1	5,6	5,8	4,9	12,0	0,5	0,6	0,6	0,8	0,7
<i>Afrique centrale</i>	46,4	45,8	44,6	37,5	29,0	4,6	4,6	4,5	5,2	8,1	0,3	0,3	0,3	0,4	0,6
Angola	47,1	46,2	44,7	38,4	30,4	4,0	3,9	3,9	5,1	7,8	0,2	0,2	0,3	0,3	0,6
Cameroun	42,9	41,7	40,8	33,4	27,0	5,4	5,4	5,4	6,3	10,2	0,4	0,5	0,5	0,6	0,9
République centrafricaine	41,9	41,5	40,3	33,3	26,8	6,0	5,9	5,8	6,7	10,0	0,4	0,5	0,5	0,6	0,9
Congo	42,5	41,2	40,2	31,9	25,4	5,8	5,7	5,7	6,5	11,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,9
Gabon	40,9	38,6	35,6	28,6	22,8	6,6	6,3	6,4	9,3	14,1	0,8	0,8	0,8	0,9	1,7
Guinée équatoriale	44,1	42,2	40,7	36,8	29,9	5,1	4,6	4,3	8,1	8,4	0,5	0,5	0,4	0,4	1,1
République démocratique du Congo	48,1	47,7	46,4	38,6	29,0	4,3	4,2	4,2	4,7	7,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6
Sao Tomé-et-Principe	42,2	41,6	40,3	30,6	23,5	6,5	5,8	5,3	6,7	13,3	0,5	0,6	0,6	0,5	1,1
Tchad	46,0	46,0	45,6	40,2	31,6	4,8	4,6	4,4	4,8	7,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5
<i>Afrique du Nord</i>	36,4	33,2	31,5	25,3	20,6	6,4	6,6	7,2	11,6	19,4	0,5	0,5	0,6	1,1	2,5
Algérie	34,1	29,6	27,0	22,3	18,2	6,3	6,5	6,9	13,3	24,3	0,6	0,6	0,7	1,1	3,4
Egypte	36,9	33,3	32,1	25,5	20,6	6,5	6,7	7,5	11,4	19,2	0,5	0,5	0,6	1,1	2,3
Jamahiriya arabe libyenne	32,2	30,3	30,1	21,6	18,9	5,3	6,0	6,6	12,4	23,1	0,4	0,5	0,6	1,4	3,4
Maroc	33,6	30,3	28,0	22,7	18,6	7,2	7,5	8,1	14,3	22,9	0,6	0,6	0,8	1,3	3,3
Sahara occidental	35,2	31,4	28,5	23,7	18,9	3,8	3,6	4,0	11,4	21,8	0,3	0,3	0,3	0,5	2,4
Soudan	42,2	40,7	38,7	30,5	24,3	5,1	5,4	5,7	7,9	12,7	0,4	0,4	0,4	0,7	1,3
Tunisie	30,1	25,7	22,8	19,7	16,6	9,1	9,2	9,7	16,9	28,2	0,8	0,9	1,1	1,8	4,6
<i>Afrique australe</i>	34,6	32,6	31,1	26,9	23,0	5,9	6,4	7,2	10,5	13,7	0,4	0,5	0,6	1,2	2,0
Afrique du Sud	33,6	31,7	30,3	26,2	22,5	5,9	6,5	7,3	11,1	14,2	0,4	0,5	0,6	1,3	2,2
Botswana	38,1	35,2	32,9	28,2	23,6	4,8	5,4	5,9	8,0	12,4	0,3	0,4	0,5	0,8	1,2

Grande région, région ou pays	Population de moins de 15 ans (en % de la population totale)					Population de plus de 60 ans (en % de la population totale)					Population de plus de 80 ans (en % de la population totale)				
	2000	2005	2010	2030	2050	2000	2005	2010	2030	2050	2000	2005	2010	2030	2050
Lesotho	42,0	40,1	38,5	33,0	27,9	6,9	6,8	7,0	6,8	9,4	0,6	0,6	0,7	0,9	0,8
Namibie	41,0	39,0	36,4	29,9	24,3	5,1	5,3	5,6	8,0	12,1	0,4	0,5	0,5	0,8	1,4
Swaziland	44,5	41,9	38,8	33,1	27,7	4,7	4,9	5,3	5,9	7,8	0,3	0,4	0,4	0,6	0,7
<i>Afrique de l'Ouest</i> ³	43,9	43,2	42,6	35,4	28,7	4,7	4,8	4,8	5,8	9,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,7
Bénin	44,7	43,7	42,9	36,3	28,5	4,9	5,0	5,0	6,4	9,6	0,4	0,4	0,4	0,5	0,9
Burkina Faso	46,8	45,8	46,4	39,4	30,9	3,6	3,5	3,3	4,3	7,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,4
Cap-Vert	43,2	39,3	35,5	26,6	19,7	6,5	5,9	5,4	10,8	20,3	0,7	0,5	0,7	0,7	2,8
Côte d'Ivoire	41,5	41,3	40,4	33,0	26,0	5,3	5,7	6,1	7,1	11,0	0,3	0,3	0,4	0,7	1,0
Gambie	43,0	42,8	42,1	35,1	27,7	4,8	4,8	4,9	6,0	8,9	0,2	0,1	0,1	0,3	0,6
Ghana	41,3	39,7	38,1	32,1	26,8	5,2	5,4	5,8	7,7	11,8	0,4	0,4	0,5	0,7	1,2
Guinée	44,1	43,4	42,6	36,1	28,2	4,9	5,1	5,2	6,4	9,7	0,3	0,3	0,3	0,5	0,9
Guinée-Bissau	41,8	42,5	42,6	38,2	31,6	5,4	5,5	5,5	5,6	7,9	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6
Libéria	44,2	43,5	42,5	35,1	27,5	4,7	4,8	4,9	6,7	9,9	0,3	0,3	0,3	0,5	0,9
Mali	45,5	44,5	44,1	38,0	30,7	4,3	4,0	3,8	4,4	7,3	0,2	0,2	0,1	0,2	0,4
Mauritanie	42,2	40,6	39,2	31,3	25,1	4,4	4,4	4,4	6,7	11,6	0,2	0,2	0,2	0,3	0,8
Niger	48,6	48,9	50,1	46,9	38,6	3,5	3,5	3,5	3,8	4,8	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3
Nigéria	43,9	43,1	42,4	34,1	27,3	4,8	4,9	4,9	6,0	9,6	0,3	0,3	0,3	0,5	0,8
Sénégal	45,5	44,4	43,3	34,3	27,1	4,2	4,1	3,9	4,8	9,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,5
Sierra Leone	42,0	42,7	43,5	37,7	30,8	4,0	3,6	3,5	4,0	6,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3
Togo	42,9	41,3	39,5	31,7	25,0	5,0	5,2	5,5	7,5	12,5	0,3	0,4	0,4	0,7	1,2

Notes: Seuls les pays ou régions qui comptent plus de 100 000 habitants sont cités individuellement; les autres sont pris en compte dans les groupes régionaux auxquels ils appartiennent mais ne sont pas mentionnés séparément. ^a Les régions plus développées comprennent l'Europe, l'Amérique du Nord, l'Australie/la Nouvelle-Zélande et le Japon. ^b Les régions moins développées comprennent l'ensemble de l'Afrique, de l'Asie (sauf le Japon) et de la région Amérique latine et Caraïbes plus la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie. ^c Les pays les moins avancés: 49 pays, dont 33 sont situés en Afrique, 10 en Asie, 5 en Océanie et 1 dans la région Amérique latine et Caraïbes. ^d Les autres pays moins développés regroupent les régions moins développées hors pays les moins avancés. ^e L'Afrique subsaharienne recouvre l'ensemble de l'Afrique sauf l'Afrique du Nord, étant entendu que le Soudan fait partie de l'Afrique subsaharienne.

¹ Dont les Seychelles. ² Dont Agaléga, Rodrigues et Saint Brandon. ³ Dont Sainte-Hélène, Ascension et Tristan da Cunha.

Source: D'après Nations Unies, 2009: *World Population Prospects: The 2008 Revision*. Projections basées sur la variante moyenne des projections de population.

Tableau SA6. Couverture légale de la sécurité sociale par branche – a) Aperçu général

Pays	Nombre de branches couvertes par au moins un programme		Existence d'un programme légal							
	Nombre de branches couvertes par un programme au moins	Nombre de branches couvertes par un programme légal | Définition stricte	Maladie	Maternité	Vieillesse	Invalidité	Survivants	Allocations familiales	Accidents du travail	Chômage
Afrique du Sud	7	Couverture semi-complète | 7 branches	X	X	X	X	Néant	X	X	X
Algérie	8	Couverture complète | 8 branches	X	X	X	X	X	X	X	X
Angola	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Néant
Bénin	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	▲	X	X	X	X	X	X	Néant
Botswana	4	Couverture légale très limitée | 1 à 4 branches	▲	▲	X	Néant	X	X	X	▲
Burkina Faso	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	▲	X	X	X	X	X	X	Néant
Burundi	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	X	▲	X	X	X	X	X	Néant
Cameroun	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	▲	X	X	X	X	X	X	Néant
Cap-Vert	7	Couverture semi-complète | 7 branches	X	X	X	X	X	X	X	Néant
République centrafricaine	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	▲	X	X	X	X	X	X	Néant
Congo	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	▲	X	X	X	X	X	X	Néant
Côte d'Ivoire	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	△	X	X	X	X	X	X	Néant

Pays	Nombre de branches couvertes par au moins un programme		Existence d'un programme légal							
	Nombre de branches couvertes par un programme au moins	Nombre de branches couvertes par un programme légal | Définition stricte	Maladie	Maternité	Vieillesse	Invalidité	Survivants	Allocations familiales	Accidents du travail	Chômage
Djibouti	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Néant
Egypte	7	Couverture semi-complète | 7 branches couvertes	X	X	X	X	X	Néant	X	X
Erythrée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Néant
Ethiopie	4	Couverture légale très limitée | 1 à 4 branches	▲	▲	X	X	X	Néant	X	Néant
Gabon	5	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	△	▲	X	X	X	X	X	Néant
Gambie	4	Couverture légale très limitée | 1 à 4 branches	Néant	–	X	X	X	Néant	X	Néant
Ghana	4	Couverture légale très limitée | 1 à 4 branches	△	Néant	X	X	X	Néant	X	Néant
Guinée	7	Couverture semi-complète | 7 branches	X	X	X	X	X	X	X	Néant
Guinée équatoriale	7	Couverture semi-complète | 7 branches	X	X	X	X	X	X	X	Néant
Guinée-Bissau	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Néant
Jamahiriya arabe libyenne	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	X	X	X	X	X	Néant	X	▲
Kenya	5	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	△	X	X	X	X	Néant	X	Néant
Lesotho	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Néant
Libéria	4	Couverture légale très limitée | 1 à 4 branches	Néant	Néant	X	X	X	Néant	X	Néant

Pays	Nombre de branches couvertes par au moins un programme		Existence d'un programme légal							
	Nombre de branches couvertes par un programme au moins	Nombre de branches couvertes par un programme légal | Définition stricte	Maladie	Maternité	Vieillesse	Invalidité	Survivants	Allocations familiales	Accidents du travail	Chômage
Madagascar	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	▲	X	X	X	X	X	X	Néant
Malawi	1	Couverture légale très limitée | 1 à 4 branches	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant	X	Néant
Mali	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	△	X	X	X	X	X	X	Néant
Maroc	7	Couverture semi-complète | 7 branches	X	X	X	X	X	X	X	Néant
Maurice	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	▲	▲	X	X	X	X	X	X
Mauritanie	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	△	X	X	X	X	X	X	Néant
Mozambique	5	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	X	X	X	X	X	Néant	Néant	Néant
Namibie	7	Couverture semi-complète | 7 branches	X	X	X	X	X	X	X	Néant
Niger	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	▲	X	X	X	X	X	X	Néant
Nigéria	4	Couverture légale très limitée | 1 à 4 branches	△	▲	X	X	X	Néant	X	▲
Ouganda	4	Couverture légale très limitée | 1 à 4 branches	Néant	Néant	X	X	X	Néant	X	Néant
République démocratique du Congo	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	▲	X	X	X	X	X	X	Néant

Pays	Nombre de branches couvertes par au moins un programme		Existence d'un programme légal							
	Nombre de branches couvertes par un programme au moins	Nombre de branches couvertes par un programme légal | Définition stricte	Maladie	Maternité	Vieillesse	Invalidité	Survivants	Allocations familiales	Accidents du travail	Chômage
République-Unie de Tanzanie	5	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	△	X	X	X	X	Néant	X	▲
Réunion	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rwanda	4	Couverture légale très limitée | 1 à 4 branches	▲	▲	X	X	X	Néant	X	Néant
Sao Tomé-et-Principe	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	X	X	X	X	X	Néant	X	Néant
Sénégal	5	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	△	X	X	Néant	X	X	X	Néant
Seychelles	7	Couverture semi-complète | 7 branches	X	X	X	X	X	Néant	X	X
Sierra Leone	4	Couverture légale très limitée | 1 à 4 branches	Néant	Néant	X	X	X	Néant	X	Néant
Somalie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Soudan	4	Couverture légale très limitée | 1 à 4 branches	Néant	Néant	X	X	X	Néant	X	Néant
Swaziland	4	Couverture légale très limitée | 1 à 4 branches	Néant	Néant	X	X	X	Néant	X	Néant
Tchad	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	▲	X	X	X	X	X	X	Néant
Togo	6	Couverture légale limitée | 5 à 6 branches	▲	X	X	X	X	X	X	Néant
Tunisie	8	Sécurité sociale complète | 8 branches	X	X	X	X	X	X	X	X

Pays	Nombre de branches couvertes par au moins un programme		Existence d'un programme légal							
	Nombre de branches couvertes par un programme au moins	Nombre de branches couvertes par un programme légal | Définition stricte	Maladie	Maternité	Vieillesse	Invalidité	Survivants	Allocations familiales	Accidents du travail	Chômage
Zambie	4	Couverture légale très limitée | 1 à 4 branches	△	Néant	X	X	X	Néant	X	Néant
Zimbabwe	4	Couverture légale très limitée | 1 à 4 branches	Néant	▲	X	X	X	Néant	X	Néant

Notes: X = Un programme légal au moins. ▲ = Couverture limitée (par exemple, Code du travail uniquement). △ = Prestations en nature seulement (par exemple, prestations médicales). ... = Données non disponibles.

Informations complémentaires: Le nombre de branches couvertes par un programme au moins est égal à la somme, pour un pays donné, des branches de la sécurité sociale visées par un programme aux termes de la législation nationale. La valeur de cet indicateur est comprise entre 0 et 8 selon le nombre total de branches couvertes par une ou plusieurs dispositions légales. Les huit branches suivantes sont prises en compte: maladie, maternité, vieillesse, survivants, invalidité, allocations familiales, accidents du travail et chômage. Un programme ou un régime peut appartenir à diverses catégories: assurance sociale, assistance sociale, universel, responsabilité de l'employeur (programme relevant de la responsabilité de l'employeur selon les dispositions de la législation ou du Code du travail) ou régime obligatoire privé. Le nombre de branches couvertes par un programme donne au moins un aperçu de la portée de la couverture légale de la sécurité sociale.

Sources: SSA/ISSA, 2009: *Sécurité sociale dans le monde: Afrique* (Genève, AISS); législation nationale.

Tableau SA6. b) Vieillesse

Grande région, région ou pays	Type de programme	Age légal de la retraite		Taux de cotisation			Estimation de la couverture légale de la vieillesse en pourcentage de la population active totale
		Hommes	Femmes	Salariés	Employeurs	Financement de l'Etat	
Afrique du Sud	Assistance sociale; universel	61	60	Aucune participation	Aucune participation	Intégralité des coûts	Supérieure à 75 pour cent
Algérie	Assurance sociale	60	55	7	10	Aucune participation	25-50 pour cent
Bénin	Assurance sociale	60	60	3,6	6,4	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Botswana	Universel	65	65	Aucune participation	Aucune participation	Intégralité des coûts	Supérieure à 75 pour cent
Burkina Faso	Assurance sociale	56	56	5,5	5,5	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Burundi	Assurance sociale	60	60	2,6	3,9	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Cameroun	Assurance sociale	60	60	2,8	4,2	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Cap-Vert	Assurance sociale	65	60	3	7	Aucune participation	25-50 pour cent
République centrafricaine	Assurance sociale	60	60	4	3	Aucune participation	Supérieure à 75 pour cent
Congo	Assurance sociale	60	60	4	8	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Côte d'Ivoire	Assurance sociale	55	55	3,2	4,8	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Egypte	Assurance sociale	60	60	10	15	Discrétionnaire | Participation irrégulière	25-50 pour cent
Ethiopie	Assurance sociale	60	60	4	6	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Gabon	Assurance sociale	55	55	2,5	5	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Gambie	Assurance sociale; fonds de prévoyance	60	60	Aucune participation	15	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Ghana	Assurance sociale	60	60	5	12,5	Aucune participation	50-75 pour cent
Guinée	Assurance sociale	55	55	2,5	4	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Guinée équatoriale	Assurance sociale	60	60	4,5	21,5	Discrétionnaire | Participation irrégulière	Inférieure à 25 pour cent

Grande région, région ou pays	Type de programme	Age légal de la retraite		Taux de cotisation			Estimation de la couverture légale de la vieillesse en pourcentage de la population active totale
		Hommes	Femmes	Salariés	Employeurs	Financement de l'Etat	
Jamahiriya arabe libyenne	Assurance sociale	65	60	3,75	10,5	Discrétionnaire | Participation irrégulière	Inférieure à 25 pour cent
Kenya	Fonds de prévoyance	60	60	5	5	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Libéria	Assurance sociale; assistance sociale	60	60	3	3	Aucune participation	50-75 pour cent
Madagascar	Assurance sociale	60	55	1	9,5	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Malawi	Aucune disposition légale	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	Néant | Couverture limitée
Mali	Assurance sociale	58	58	3,6	5,4	Aucune participation	25-50 pour cent
Maroc	Assurance sociale	60	60	3,96	7,93	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Maurice	Universel; assurance sociale	60	60	3	6	Discrétionnaire | Participation irrégulière	Supérieure à 75 pour cent
Mauritanie	Assurance sociale	60	55	1	2	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Mozambique	Assurance sociale; assistance sociale	65	65	...	...	...	...
Namibie	Universel; assurance sociale	60	55	...	...	...	Supérieure à 75 pour cent
Niger	Assurance sociale	60	60	1,6	2,4	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Nigéria	Assurance privée obligatoire; assurance sociale	50	50	7,5	7,5	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Ouganda	Fonds de prévoyance	55	55	5	10	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
République démocratique du Congo	Assurance sociale	65	60	3,5	3,5	Discrétionnaire | Participation irrégulière	Inférieure à 25 pour cent
République-Unie de Tanzanie	Assurance sociale; fonds de prévoyance	60	60	10	10	Aucune participation	50-75 pour cent
Rwanda	Assurance sociale	55	55	3	3	Aucune participation	50-75 pour cent
Sao Tomé-et-Principe	Assurance sociale	62	57	4	6	Aucune participation	25-50 pour cent
Sénégal	Assurance sociale	55	55	5,6	8,4	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent

Grande région, région ou pays	Type de programme	Age légal de la retraite		Taux de cotisation			Estimation de la couverture légale de la vieillesse en pourcentage de la population active totale
		Hommes	Femmes	Salariés	Employeurs	Financement de l'Etat	Tous programmes: contributifs et non contributifs
Seychelles	Universel; assurance sociale	63	63	2,5 + montant forfaitaire	20 + montant forfaitaire	Discrétionnaire | Participation irrégulière	Supérieure à 75 pour cent
Sierra Leone	Assurance sociale	60	60	5	10	2,5	50-75 pour cent
Soudan	Assurance sociale	60	60	8	17	Aucune participation	25-50 pour cent
Swaziland	Fonds de prévoyance; assistance sociale	50	50	5	5	Aucune participation	25-50 pour cent
Tchad	Assurance sociale	55	55	2	4	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent
Togo	Assurance sociale	60	60	4	8	Aucune participation	...
Tunisie	Assurance sociale	60	60	4,74	7,76	Aucune participation	25-50 pour cent
Zambie	Assurance sociale	55	55	5	5	Aucune participation	25-50 pour cent
Zimbabwe	Assurance sociale	60	60	4	4	Aucune participation	Inférieure à 25 pour cent

Définitions: *Age légal de la retraite*: Désigne l'âge de la retraite fixé par la législation. Lorsqu'il existe plusieurs âges légaux de la retraite (par exemple, des âges différents selon le secteur d'activité), l'âge indiqué doit être le plus représentatif en termes de population couverte. *Taux de cotisation*: Lorsque plusieurs taux de cotisation sont appliqués, il convient d'indiquer le taux moyen ou le taux le plus courant ou encore de renvoyer à une note. *Couverture légale*: La couverture légale est différente de la couverture effective. Une catégorie de la population peut être considérée comme légalement couverte dès lors qu'il existe des dispositions légales aux termes desquelles cette catégorie est couverte par l'assurance sociale au titre d'une branche particulière de la sécurité sociale ou a droit à certaines prestations dans certaines circonstances – par exemple à une pension de vieillesse publique à partir de 65 ans ou à une prestation d'aide au revenu (y compris une pension sociale de vieillesse) si son revenu devient inférieur à un seuil donné. *Estimation de la couverture légale*: Les estimations de l'étendue de la couverture légale ont été réalisées à la fois à partir: i) d'informations sur les catégories de la population couvertes par les régimes légaux au titre d'une branche donnée selon la législation nationale (par exemple: travailleurs salariés; tous les travailleurs; salariés du secteur public); et ii) d'informations statistiques sur le nombre de personnes concernées au niveau national lorsque ces informations existent. L'identification des catégories couvertes a été effectuée sur la base des informations contenues dans *Sécurité sociale dans le monde* (SSA/AISS, 2008, 2009). L'évaluation du nombre de personnes comprises dans chaque catégorie a essentiellement été réalisée à l'aide de la base de données LABORSTA du BIT et, si nécessaire, de données nationales (essentiellement issues des enquêtes auprès des ménages ou auprès des établissements). Le taux de couverture légale pour une branche de la sécurité sociale donnée correspond au rapport entre le nombre estimatif de personnes légalement couvertes et – selon les cas – la population en âge de travailler, la population active, la population salariée (travailleurs rémunérés et salariés), l'ensemble des travailleurs (salariés, travailleurs à titre indépendant, etc.) ou la population totale (notamment dans le cas de la protection de la santé).

Note: ... = Données non disponibles.

Sources: SSA/AISS, 2008, 2009: *Sécurité sociale dans le monde* (Washington, DC, et Genève): Amériques, 2009; Europe, 2008; Asie et Pacifique, 2009; Afrique, 2009. Pour les estimations de la couverture légale: BIT, 2009h: LABORSTA (<http://laborsta.ilo.org/>): population totale et population active; emploi (total, par situation dans la profession, emploi dans le secteur public). Bureaux statistiques nationaux: ensemble de données et rapports issus des enquêtes de main-d'œuvre ou autres enquêtes auprès des ménages ou des établissements (lien vers le site Internet des bureaux statistiques nationaux: http://laborsta.ilo.org/links_content_F.html#m2).

Tableau SA7. Estimations régionales de la couverture légale de la vieillesse, des accidents du travail et du chômage, 2008-09

Vieillesse

Région	Couverture légale de la vieillesse en pourcentage de la population en âge de travailler			
	Ensemble des programmes de sécurité sociale couvrant la vieillesse	Programmes contributifs couvrant la vieillesse à l'exception des programmes volontaires	Programmes contributifs volontaires couvrant la vieillesse destinés aux travailleurs indépendants	Programmes non contributifs couvrant la vieillesse
Amérique du Nord	75,4	73,0	0,0	2,5
Europe de l'Ouest	77,4	70,4	0,5	6,5
CEI	66,8	65,3	0,0	1,5
Europe centrale et orientale	62,3	58,9	2,4	0,9
Amérique latine et Caraïbes	63,8	58,4	4,7	0,8
Moyen-Orient	40,3	38,5	0,3	1,6
Afrique du Nord	34,4	34,4	0,0	0,0
Asie et Pacifique	31,9	27,9	1,9	2,1
Afrique subsaharienne	26,1	14,0	3,7	8,5
Total	42,0	37,3	2,0	2,7

Accidents du travail

Région	Couverture légale des accidents du travail en pourcentage de:			
	La population en âge de travailler		La population active	
	Obligatoire	Volontaire	Obligatoire	Volontaire
Afrique	19,0	1,6	26,3	2,2
Afrique subsaharienne	17,1	1,8	22,2	2,4
Afrique du Nord	26,3	0,8	46,2	1,4
Asie et Pacifique	20,8	0,2	25,9	0,3
Moyen-Orient	36,0	0,0	61,6	0,0
Amérique latine et Caraïbes	41,5	2,6	55,2	3,5
Europe centrale et orientale	54,5	2,8	82,4	4,3
CEI	55,8	0,2	75,8	0,3
Amérique du Nord	67,1	0,0	84,5	0,0
Europe de l'Ouest	61,8	3,3	84,2	4,5
Total	30,3	0,8	39,3	1,1

Chômage

1. En pourcentage de la population en âge de travailler

	Couverture légale du chômage en pourcentage de la population en âge de travailler			
	Couverture contributive obligatoire	Couverture non contributive	Couverture contributive volontaire	Couverture contributive et non contributive
Amérique du Nord	65,7	0,0	0,0	65,7
Europe de l'Ouest	60,3	2,9	0,8	64,5
CEI	49,0	0,5	1,1	56,2
Europe centrale et orientale	50,5	0,7	2,8	54,0
Afrique du Nord	9,9	4,1	0,0	14,0
Asie et Pacifique	6,3	6,8	0,5	12,9
Moyen-Orient	11,5	0,0	0,0	11,5
Amérique latine et Caraïbes	7,2	3,0	1,0	10,2
Afrique subsaharienne	1,1	2,7	0,0	3,8
Total	18,4	3,1	0,6	22,3

2. En pourcentage de la population active

	Couverture légale du chômage en pourcentage de la population active			
	Couverture contributive obligatoire	Couverture non contributive	Couverture contributive volontaire	Couverture contributive et non contributive
Europe de l'Ouest	79,4	3,9	1,0	85,0
Amérique du Nord	81,4	0,0	0,0	81,4
Europe centrale et orientale	75,5	1,0	4,6	81,0
CEI	68,3	0,6	1,6	77,8
Afrique du Nord	17,2	7,4	0,0	24,7
Asie et Pacifique	8,8	9,0	0,8	17,5
Moyen-Orient	17,3	0,0	0,0	17,3
Amérique latine et Caraïbes	10,0	4,0	1,3	14,0
Afrique subsaharienne	1,9	2,2	0,0	4,1
Total	25,7	3,8	0,9	30,6

Notes: Estimations régionales pondérées par la population en âge de travailler (vieillesse) ou par la population active (accidents du travail et chômage).

Sources: Département de la sécurité sociale du BIT sur la base de SSA/AISS, 2008, 2009; BIT, 2009h: LABORSTA; textes législatifs nationaux et données statistiques nationales pour l'estimation de la couverture légale.

Tableau SA8. Dépenses publiques de sécurité sociale (dépenses totales et dépenses hors santé) en pourcentage du PIB, 2000 et dernière année disponible

Grande région, région et pays	Dépenses publiques de sécurité sociale hors santé en pourcentage du PIB				Santé			Total	
	2000	Dernière année disponible ^a	Année	Source	2000	Dernière année disponible ^a	Source	2000	Dernière année disponible
Moyenne régionale (pondérée par la population)									
Europe de l'Ouest		17,98				7,10			25,08
Europe centrale et orientale		14,08				4,82			18,91
Amérique du Nord		8,98				6,98			15,96
Afrique du Nord		11,02				2,53			13,56
CEI		9,93				3,59			13,52
Moyen-Orient		7,09				3,11			10,20
Amérique latine et Caraïbes		7,63				2,20			9,83
Asie et Pacifique		3,65				1,68			5,32
Afrique subsaharienne		2,81				2,51			5,32
Monde		5,72				2,67			8,39
Afrique									
Afrique du Sud	3,65	8,43	2005	FMI	3,23	3,92	FMI	6,88	12,35
Bénin	0,70	1,00	2005	SSI	2,19	3,00	OMS	2,89	4,00
Burkina Faso	1,80	1,60	2004	SSI	2,06	3,30	OMS	3,86	4,90
Burundi	0,90	1,10	2006	SSI	0,55	0,74	OMS	1,45	1,84
Cameroun	0,40	0,50	2006	SSI	1,33	1,46	OMS	1,73	1,96
Congo	1,10	0,90	2005	SSI	1,21	0,89	OMS	2,31	1,79
Côte d'Ivoire	0,40	0,90	2004	SSI	1,31	0,87	OMS	1,71	1,77
Egypte ^{1, 5, 6}	6,72	11,51	2007	FMI	2,24	2,56	OMS	8,96	14,07
Ethiopie ^{2, 6}	...	6,46	2002	FMI	...	3,12	OMS	...	9,58
Gambie	1,30	1,20	2003	SSI	1,96	2,94	OMS	3,26	4,14
Ghana	0,80	1,90	2004	SSI	3,03	2,32	OMS	3,83	4,22
Guinée	0,20	0,10	2005	SSI	0,66	0,67	OMS	0,86	0,77
Libéria	11,33	9,87	2005	FMI	1,17	4,36	OMS	12,50	14,23
Madagascar ^{2, 5, 6}	0,33	0,27	2007	FMI	1,37	2,01	OMS	1,70	2,28
Maroc ^{3, 6}	3,02	...	s.o.	FMI	1,41	...	OMS	4,43	...
Maurice	5,14	5,91	2007	FMI	1,99	2,08	FMI	7,13	7,99
Mauritanie	0,30	0,80	2004	SSI	1,99	1,53	OMS	2,29	2,33
Mozambique	0,20	0,70	2006	SSI	3,79	3,26	OMS	3,99	3,96
Namibie	...	1,80	2004	SSI	4,82	4,98	OMS	...	6,78
Niger	0,30	0,50	2005	SSI	1,87	1,92	OMS	2,17	2,42
Ouganda	0,10	0,40	2006	SSI	1,77	1,94	AHO	1,87	2,34
République-Unie de Tanzanie ^{4, 5}	0,40	1,20	2007	SSI	2,03	3,26	OMS	2,43	4,46
Rwanda	0,50	0,80	2005	SSI	1,57	4,10	OMS	2,07	4,90
Sénégal ¹	1,80	1,90	2006	SSI	1,95	1,70	OMS	3,75	3,60
Seychelles	7,71	12,61	2007	FMI	3,78	4,10	FMI	11,49	16,71
Sierra Leone ¹	0,30	1,00	2006	SSI	2,25	1,72	OMS	2,55	2,72
Soudan	0,50	0,30	2003	SSI	0,79	1,26	OMS	1,29	1,56
Tchad	0,40	0,10	2005	SSI				0,40	0,10
Togo	1,20	1,30	2003	SSI	1,24	1,05	OMS	2,44	2,35
Tunisie ^{5, 6}	6,01	7,50	2007	FMI	2,72	2,32	OMS	8,73	9,82

Grande région, région et pays	Dépenses publiques de sécurité sociale hors santé en pourcentage du PIB				Santé			Total	
	2000	Dernière année disponible ^a	Année	Source	2000	Dernière année disponible ^a	Source	2000	Dernière année disponible
	Zambie	1,60	1,60	2006	SSI	2,92	2,43	OMS	4,52	4,03
Zimbabwe	0,30	0,30	2005	SSI	3,58	3,63	OMS	3,88	3,93

Définitions: Dépenses publiques de sécurité sociale (dépenses totales et dépenses hors dépenses de santé) en pourcentage du PIB.

Numérateur: Le montant annuel total des dépenses publiques de sécurité sociale est égal à la somme des dépenses (dépenses de prestations et coûts administratifs) de l'ensemble des régimes et programmes de sécurité sociale/protection sociale en place dans le pays considéré. Le champ couvert par les indicateurs correspond à celui visé par la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, qui définit neuf catégories de prestations: soins médicaux, indemnités de maladie, prestations de chômage, prestations de vieillesse, prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, prestations aux familles, prestations de maternité, prestations d'invalidité, prestations de survivants; s'y ajoutent des programmes d'aide au revenu et d'assistance en faveur des populations pauvres, notamment des transferts en espèces soumis à conditions, non compris dans ces neuf catégories.

Dénominateur: Produit intérieur brut.

Le numérateur et le dénominateur doivent être exprimés dans la monnaie nationale, aux prix courants.

Pour les besoins de l'analyse, cet indicateur est décomposé en dépenses publiques de santé et dépenses publiques de sécurité sociale hors santé. En outre, dans la mesure du possible et selon les données disponibles, les dépenses publiques de sécurité sociale hors santé sont décomposées en dépenses de prestations de vieillesse et autres dépenses de sécurité sociale hors santé.

Interprétation:

- Le montant total des dépenses publiques de sécurité sociale donne une image de l'effort redistributif global de l'Etat et est étroitement corrélé à la couverture totale. Il s'agit d'un indicateur utile pour effectuer des comparaisons au niveau national et au niveau des régimes, mais il comporte des difficultés d'interprétation (que ce soit au niveau global, au niveau de sa composition ou de son évolution dans le temps) lorsqu'il est mis en rapport avec d'autres informations contextuelles (cadre juridique, contexte économique et social):
 - i) Les dépenses de protection sociale sont certes – à plus long terme – corrélées positivement à la couverture totale (portée, étendue et niveau), mais elles peuvent aussi évoluer sous l'influence de facteurs autres que l'évolution de la couverture.
 - ii) L'évolution des dépenses de sécurité sociale est souvent contracyclique – une diminution de leur montant total en pourcentage du PIB peut être due à une hausse des taux d'emploi (baisse du chômage) ou à une diminution du nombre d'accidents du travail, ce qui peut être signe de progrès.
 - iii) Dans certaines branches (par exemple l'assurance accidents du travail), la hausse ou la baisse des dépenses peut être due à une évolution des besoins du public visé ou de l'utilisation qu'il fait des prestations (augmentation ou diminution du nombre d'accidents du travail) et non à des changements dans la couverture.
 - iv) Les dépenses totales peuvent être réparties de diverses manières entre la population à faible revenu et celle dont les revenus sont plus élevés: les dépenses peuvent être élevées (ou augmenter) en raison de la montée en puissance d'un programme généreux en faveur d'une fraction limitée et relativement aisée de la population (par exemple les fonctionnaires ou le personnel militaire).
 - v) Il convient d'analyser cet indicateur en fonction des différentes branches couvertes légalement et de leur part respective (santé, vieillesse, chômage). Beaucoup de pays en développement ne sont pas dotés, légalement, d'un système de sécurité sociale complet couvrant les neuf branches citées ci-dessus. Souvent, il existe un système qui offre des prestations à long terme (vieillesse, survivants et invalidité) et des prestations d'accidents du travail.
 - vi) Il est difficile d'effectuer des comparaisons internationales parce que la fiscalité directe et indirecte appliquée aux prestations sociales diffère selon les pays. En outre, lorsque cette fiscalité évolue dans le temps au sein d'un même pays, l'interprétation de l'évolution des dépenses publiques de protection sociale en est affectée.
 - vii) La structure démographique, en particulier la part des personnes âgées dans la population, est un autre facteur qui peut avoir un impact direct sur les dépenses de vieillesse et de santé et, par conséquent, sur l'indicateur global de dépenses publiques.
 - viii) La taille des secteurs formel et informel de l'économie a des implications directes pour la couverture de l'assurance sociale des autres régimes contributifs.
- Les systèmes de sécurité sociale qui existent dans le monde correspondent à différentes structures institutionnelles: systèmes publics, privés ou mixtes; obligatoires ou volontaires; universels ou ciblés. Cet indicateur a trait aux dépenses publiques et doit être analysé en tenant compte du contexte national et de l'éventuelle création de régimes de sécurité sociale privés. Dans beaucoup de pays, les dépenses privées (obligatoires ou volontaires) remplacent les dépenses consacrées aux programmes publics. Dans certains pays dotés d'importants régimes obligatoires financés par des fonds privés, ne prendre en compte que les dépenses publiques de protection sociale ne permet pas d'avoir une vision exacte des dépenses de protection sociale. Dans ces pays, l'indicateur doit être interprété en liaison avec les dépenses privées (en distinguant les dépenses obligatoires des dépenses volontaires).
- Bien que beaucoup de ces dispositifs soient liés à l'emploi, tous ne le sont pas. Ainsi, la couverture peut ne pas se limiter aux travailleurs, puisque l'objectif commun de tous les systèmes de sécurité sociale est d'offrir aux travailleurs et à leur famille une protection de base contre les conséquences financières des grands risques de l'existence.

Notes: ^a Dernière année disponible: l'année est la même pour les trois indicateurs. ¹ Pour 2000, données 2002. ² Pour 2000, données 2001. ³ Pour 2000, données 1999. ⁴ Pour 2000, données 2003. ⁵ Données de l'OMS: 2006 au lieu de 2007. ⁶ Pour 2000, les données sur les dépenses publiques de santé proviennent de l'OMS, parce que les données complètes sur les administrations publiques ne peuvent pas être obtenues auprès du FMI pour cette année-là. Les données 2007 proviennent du FMI (données au niveau des administrations publiques).

Sources: FMI, 2009a: *Government Finance Statistics*, dépenses publiques de protection sociale (hors santé) en pourcentage du PIB; BIT, 2009i: enquête du BIT sur la sécurité sociale (*Social Security Inquiry*, SSI), tableau E-1f: dépenses publiques de protection sociale hors prestations de santé en nature en pourcentage du PIB; OMS, 2009: WHOSIS: dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB (combinaison d'indicateurs existants).

Tableau SA9. Dépenses publiques de sécurité sociale par branche en pourcentage du PIB, dernière année disponible

Grande région, région ou pays	Pourcentage du PIB				Pourcentage du PIB				Pourcentage du PIB		Pourcentage du PIB			
	Total		Année	Source	Vieillesse	Santé	Chômage	Politique active du marché du travail	Survivants	Allocations familiales	Invalidité	Accidents du travail	Autres	
	Total des dépenses publiques de sécurité sociale	Total des dépenses publiques de sécurité sociale hors santé												Source
Afrique														
Afrique du Sud	12,0	8,4	2005	FMI	1,2	3,6	OMS	0,10	SSI	0,01	1,3	0,8	...	5,1
Bénin	4,0	1,0	2005	SSI	0,5	3,0	OMS	0,00		0,01	...	< 0,1	< 0,1	0,5
Burkina Faso	4,9	1,6	2004	SSI	0,6	3,3	OMS	0,00		0,10	0,3	0,0	0,0	0,5
Burundi	1,8	1,1	2006	SSI	0,6	0,7	OMS	0,00		0,10	...	0,0	0,2	0,2
Cameroun	2,0	0,5	2005	SSI	0,3	1,5	OMS	0,00		0,10	...	0,0	0,0	0,1
Congo	1,4	0,5	2005	SSI	0,3	0,9	OMS	0,00		0,10	...	0,0	...	0,1
Côte d'Ivoire	1,8	0,9	2006	SSI	0,5	0,9	OMS	0,00		0,10	...	0,1	0,0	0,1
Gambie	4,1	1,2	2003	SSI	0,1	2,9	OMS	0,00		...	0,0	...	...	1,1
Maurice	8,1	5,9	2007	FMI	2,0	2,2	OMS	0,00	SSI	0,40	...	0,5	0,0	3,0
Mauritanie	2,8	0,8	2003	SSI	0,5	2,0	OMS	0,00		0,03	...	0,0	0,1	0,1
Mozambique	4,0	0,7	2006	SSI	0,2	3,3	OMS	0,00		0,10	...	0,0	...	0,4
Namibie	6,8	1,8	2004	SSI	1,1	5,0	OMS	0,00		0,10	0,3	0,1	...	0,2
Niger	2,7	0,5	2004	SSI	0,2	2,2	OMS	0,00		0,04	...	0,0	0,0	0,2
Ouganda	2,4	0,4	2005	SSI	0,1	2,0	OMS	0,00		0,01	0,0	0,0	...	0,2
Rwanda	4,9	0,8	2005	SSI	0,5	4,1	OMS	0,00		0,10	0,0	0,1	...	0,1
Sénégal	3,6	1,9	2006	SSI	1,1	1,7	OMS	0,00		0,30	0,1	0,0	...	0,3
République-Unie de Tanzanie	4,5	1,2	2007	SSI	0,4	3,3	OMS	0,00		0,20	0,0	0,0	0,0	0,5

Grande région, région ou pays	Pourcentage du PIB				Pourcentage du PIB				Pourcentage du PIB		Pourcentage du PIB				
	Total								Allocations familiales	Invalidité	Accidents du travail	Autres			
	Total des dépenses publiques de sécurité sociale	Total des dépenses publiques de sécurité sociale hors santé	Année	Source		Vieillesse	Santé	Source	Chômage	Politique active du marché du travail	Survivants				
Togo	2,4	1,3	2003	SSI	0,7	1,1	OMS	0,00			0,10	0,0	0,0	0,0	0,4
Tunisie	9,6	7,1	2004	FMI	3,3	2,4	OMS	0,01			0,90	0,1	0,3	0,2	2,3
Zambie	4,0	1,6	2006	SSI	0,9	2,4	OMS	0,00			0,20	0,0	0,3	0,0	0,2

Note: ... = Données non disponibles.

Sources: FMI, 2009a: *Government Finance Statistics*, Dépenses publiques de protection sociale (hors santé) en pourcentage du PIB; BIT, 2009i: enquête du BIT sur la sécurité sociale (*Social Security Inquiry, SSI*), tableau E-1f: Dépenses publiques de protection sociale hors prestations de santé en nature en pourcentage du PIB; OMS, 2009: WHOSIS: Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB (combinaison d'indicateurs existants).