



LE PÔLE
Stratégies de développement et finances publiques

UNION EUROPEENNE

**REVUE DE LA PROTECTION SOCIALE DANS QUELQUES PAYS D'AFRIQUE DE
L'OUEST**

AOÛT 2010

**PAR CHEIKH FAYE
CONSULTANT**

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
ACRONYMES.....	4
INTRODUCTION.....	6
PREMIERE PARTIE: ETAT DES LIEUX DES SYSTEMES FORMELS DE SECURITE SOCIALE	8
1.1.BURKINA FASO.....	9
1.1.1. Le champ d'application de la protection.....	10
1.1.1.1. Les risques couverts santé et transferts de revenus.....	11
1.1.1.2. La retraite	12
1.1.2. La couverture de la population et les modes de financement	13
1.1.2.1. La couverture de la population	13
1.1.2.1.1. L'administration publique.....	13
1.1.2.1.2. Le secteur privé formel	14
1.1.2.1.3. Le secteur privé informel.....	16
1.1.2.2. Les modes de financements.....	17
1.1.2.2.1. Financement.....	18
1.1.2.2.2. Autres sources et mécanismes de financiers	19
1.1.3. L'analyse de la performance de la protection sociale	19
1.1.3.1. La mobilisation des ressources.....	20
1.1.3.2. Le taux de pénétration du marché du travail et le taux de couverture.....	21
1.1.3.3. Coût de fonctionnement élevé	21
1.1.3.4. Le faible taux de transformation	21
1.2.COTE D'IVOIRE.....	23
1.2.1. Etat des Lieux.....	24
1.2.1.1. Le champ de la protection sociale en Côte d'Ivoire.....	24
1.2.1.1.1. Les risques couverts santé.....	24
1.2.1.1.2. Les transferts de revenus (prestations familiales)	24
1.2.1.2. La retraite.....	25
1.2.2. La couverture de la population et les modalités de financement.....	25
1.2.2.1. La population couverte par les différents régimes et outils.....	25
1.2.2.1.1. La couverture des agents de l'administration publique.....	25
1.2.2.1.2. Le régime général des travailleurs du secteur privé et assimilés.....	26
1.2.2.1.3. Les souscriptions volontaires au régime d'assurance volontaire privé	26
1.2.2.1.4. Les modalités de financement.....	26
1.3. MALI.....	28
1.3.1. Etat des lieux	29
1.3.1.1. Champ d'application.....	29
1.3.1.1.1. Les risques couverts.....	29
1.3.1.1.2. Les populations couvertes.....	33
1.3.1.1.3. Les modalités de financements	34
1.3.1.1.4. Financement.....	35
1.3.2. L'existence ou non d'un système cohérent de protection sociale	35
1.3.3. L'analyse de la performance de la protection sociale	36
1.3.3.1. La gestion technique.....	36

1.3.3.2. Le recouvrement des cotisations sociales	36
1.3.3.3. Le service des prestations sociales.....	37
1.3.3.4. La gestion administrative et financière	37
1.3.3.5. L'exercice de la tutelle et les mécanismes de contrôle	38
1.4. SENEGAL.....	39
1.4.1. Etat des lieux	40
1.4.1.1. Le champ d'application	40
1.4.1.1.1. Les risques couverts.....	40
1.4.1.1.2. Les prestations familiales.....	42
1.4.1.1.3. La retraite.....	44
1.4.1.2. La couverture de la population et les modes de financement.....	44
1.4.1.2.1. La couverture de la population	44
1.4.1.2.2. Les modes de financement.....	45
1.4.2. L'analyse de la performance de la protection sociale	46
DEUXIEME PARTIE: MUTATIONS EN COURS DANS LA PROTECTION SOCIALE	47
2.1. Réflexion stratégique sur les éléments de doctrine	48
2.2. Formulation des cadres de développement de la protection sociale.....	49
2.3. Intégration de la protection sociale dans les Stratégies de lutte contre la pauvreté.....	52
2.4. La protection sociale dans les instruments de cadrage budgétaire	57
2.5. Budget sociaux	60
2.6. Programmes d'extension de la protection sociale en cours.....	64
CONCLUSION	72
1. Eléments de synthèse.....	72
2. Recommandations	73
ANNEXES	75
1. Personnes rencontrées	75
2. Bibliographie.....	75
2.1. Burkina Faso.....	75
2.2. Cote d'Ivoire :	76
2.3. Mali :	76
2.4. SENEGAL.....	77
2.5. Autres documents	77
2.6. Etudes en cours/finalisées sur la protection sociale au Sénégal	78
3. Webographie utile	80
4. Liste des tableaux et graphiques	81

ACRONYMES

AISS :	Association Internationale de Sécurité Sociale
AMO :	Assurance Maladie Obligatoire
AMU :	Assurance Maladie Universelle
BIT :	Bureau International du travail
C.H.U :	Centre hospitalier Universitaire
CAF :	Caisse des Allocations Familiales
CAFAT :	Caisse d'Allocation Familiale et des Accidents de Travail
CARFO :	Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires
CDI :	Centre Dentaire Infantile
CDMT :	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CEB :	Chief Executive Board
CFA :	Communauté Financière Africaine
CHR :	Centres hospitaliers Régionaux
CHU :	Centres Hospitaliers Universitaires
CIMA :	Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances
CIPRES :	Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale
CMIE :	Centres Médicaux Inter-entreprise
CNAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNPS :	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNRM :	Caisse Nationale de Retraites du Mali
CNSS :	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNTS :	Confédération Nationale des Travailleurs Sénégalais
CSA :	Caisse Sociale Agricole
CSLP :	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSRP :	Crédit de Soutien à la Réduction de la Pauvreté
CSRP :	Crédit de Soutien à la Réduction de la Pauvreté
CSS :	Caisse de sécurité sociale
DPBEP :	Document de programmation budgétaire et économique pluriannuelle
DPPD :	Document de programmation pluriannuelle des dépenses
DSRP :	Document de Stratégie et de Réduction de la Pauvreté
EDS :	Enquête Démographique et la Santé
FAM :	Fonds d'Assistance Médicale
FNR :	Fonds national de retraite
FPM :	Fonds de Prévoyance Militaire
FPPN :	Fonds de Prévoyance de la Police Nationale
GTZ :	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit est l'agence de coopération technique allemande pour le développement
IMF :	Institutions de Micro finance
INPS :	Institut National de Protection Sociale
IPM :	Institut de prévoyance maladie
IPRES :	Institut de Prévoyance des Retraites du Sénégal
LOASP :	Loi d'Orientation Agro Sylvo Pastorale
MASSN :	Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale
MECIB :	Mutuelle d'Epargne et de Crédit de Icotaf Boubess
MJE :	Ministère de la Jeunesse et de l'Emploi
MPF :	Ministère de la Promotion de la Femme
MSL :	Ministère des Sports et des Loisirs
MTSS :	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale

MUGEFCI :	Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire
NEPAD :	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OIT :	Organisation Internationale du travail
OMD :	Objectifs du Millénaires pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONU :	Organisation des Nations Unies
OST :	Office de Santé des Travailleurs
P.M.I :	Protection maternelle et infantile
PAM :	Programme Alimentaire Mondial
PAMECAS :	Programme d'Appui aux Mutuelles d'Epargnes et de Crédit au Sénégal
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDDSS :	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PIB :	Produit Intérieur Brut
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PPTE :	Pays Pauvres Très Endettés
PRODESS :	Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social
RAMS :	Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé du Burkina Faso
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAMU :	Service d'Assistance Médicale et d'urgence
SIDA :	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMIG :	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
SNPS :	Stratégie Nationale de Protection Sociale
SRP :	Stratégie nationale de Réduction de la Pauvreté
STEP :	Stratégies et Techniques de lutte contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
TOFE :	Tableau des Opérations Financières de l'Etat
U.N.I.C.E.F :	United Nations Children's Fund
UEMOA :	Union Economique et Monétaire Ouest Africain
UNCAS :	Union Nationale des Coopératives Agricoles du Sénégal
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

1. L'article 22 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme stipule : « Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays. » L'article 25 se veut encore plus explicite : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors du mariage, jouissent de la même protection sociale. »

2. Ces dispositions de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme se justifient par l'enjeu réel qui s'attache à la protection sociale, qui a vocation à influencer profondément les niveaux de vie dans la société. Elle offre aux travailleurs et à leur famille l'accès aux services sociaux de base et à une protection contre les difficultés liées à la perte de revenu, que celle-ci soit due à de courtes périodes de chômage, à la maladie ou à la maternité, ou qu'elle soit de plus longue durée pour cause d'invalidité ou d'accident du travail. La sécurité sociale offre aux personnes âgées la sécurité du revenu pendant leurs années de retraite. Dans le même cadre, les enfants bénéficient aussi de mécanismes conçus pour aider les familles à faire face aux coûts de l'éducation. Dans le cas des employeurs et des entreprises, la sécurité sociale aide au maintien de relations de travail stables et à la productivité de la main-d'œuvre. Elle peut en outre contribuer à la cohésion sociale, ainsi qu'à la croissance et au développement général d'un pays en relevant le niveau de vie, en protégeant les personnes contre les effets des changements tant conjoncturels que structurels, et en posant ainsi la base d'une solidarité structurelle qui peut être un refuge de qualité face aux aléas de la mondialisation.

3. Si la protection sociale est un enjeu d'une particulière acuité en contexte de pauvreté exacerbée, dans leur très grande majorité, cependant, les populations d'Afrique subsaharienne n'en bénéficient pas. Pour l'essentiel, ces populations évoluent dans l'économie non formelle et, de ce fait, ne sont pas couvertes par les systèmes de protection existants. A côté de cette exclusion de masse, il y a aussi un problème d'insuffisance de couverture qui se pose à de nombreuses personnes parmi celles qui sont concernées par les systèmes en vigueur, ce qui signifie que des éléments de protection essentiels leur font défaut (soins de santé ou pensions, par exemple) ou que la protection qui leur est offerte à ce niveau est limitée ou voire même insuffisante.

4. Jusque dans les années 80, un certain optimisme faisait espérer, en Afrique Sub-saharienne comme dans d'autres régions en développement, qu'une part croissante de la main-d'œuvre parviendrait à intégrer le secteur formel et jouirait ainsi progressivement de la sécurité sociale. L'expérience a toutefois montré tout le contraire. L'expansion de l'informel que l'on croyait circonstancielle, s'est poursuivie et renforcée dans cette région sous l'influence de trois facteurs :

- (i) une poussée démographique persistante qui produit chaque année de très nombreux demandeurs d'emplois ;

- (ii) une poussée de l'exode rural qui oblige un nombre de plus en plus important d'individus à aller dans les villes tenter des stratégies de survie ;
- (iii) Une crise économique à la fois longue et grave qui réduit à néant les capacités d'absorption du secteur moderne

5. L'importance grandissante du travail informel a donc entraîné un tassement, voire un déclin, des niveaux de couverture. Même dans les pays à dynamisme économique élevé, un nombre croissant de travailleurs (souvent des femmes) sont dans des emplois précaires : travail occasionnel, travail à domicile et certaines formes de travail indépendant non couvert par la sécurité sociale. Les groupes les plus vulnérables en marge de la population active sont les personnes handicapées, et les personnes âgées qui n'ayant pu prendre des dispositions pour financer leurs propres pensions, ne comptent plus que sur le soutien de leur famille.

6. Cette étude fait une situation de référence de la protection sociale dans quatre (04) pays d'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, Mali et le Sénégal, le choix ayant été guidé par la disponibilité d'un minimum d'information pertinente. En complément de l'analyse de l'infrastructure classique des institutions séculaires de sécurité sociale, les nouvelles approches de la protection sociale sont examinées ainsi que les outils et méthodes qui les portent. Au-delà du diagnostic fait à ces différents niveaux, des éléments de perspective sont également posés, notamment en termes d'adaptation et d'élargissement de la couverture sociale aux populations les plus vulnérables.

7. Le présent rapport est articulé en trois grandes parties :

- (i) L'état des lieux de la protection sociale, assortie d'une revue spécifique pour chacun des quatre pays ciblés : analyse du système de protection sociale dans son ensemble, c'est-à-dire son champ (les risques couverts santé, transferts de revenus, retraite), la couverture de la population (administration, secteurs privés formel et informel) et les modalités de financement.
- (ii) Internalisation de la protection sociale dans les DSRP, qui sont devenus les cadres de programmation et de mise en œuvre des stratégies nationales de développement économique et social et l'interface avec les partenaires au développement et même la société civile.
- (iii) Problématique des budgets sociaux : comment se traduisent en termes d'allocation de ressources les politiques et stratégies de développement de la protection sociale
- (iv) Recommandations : sous forme de perspectives formulées à partir des éléments de diagnostic relevés aux trois niveaux précédents.

8. L'étude a été alimentée à partir d'une information documentaire collectée auprès de certaines personnes ressources présentes à Dakar, au Sénégal, et à partir de recherche documentaire. Quelques unes de ces personnes ont également été interviewées.

PREMIERE PARTIE
ETAT DES LIEUX DES SYSTEMES « TRADITIONNELS¹ » DE
SECURITE SOCIALE

¹ Ce mot est utilisé ici parce que les régimes de protection sociale sont d'établissement beaucoup plus ancien que les nouveaux mécanismes d'extension qui se développent depuis quelques années, et qui sont l'objet de la deuxième partie du rapport.

.1.

BURKINA FASO

9. Pays sahélien enclavé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso a une superficie de 274 200 km² et une population estimée à 14 017 262 d'habitants en 2006 et composée de 52 % de femmes. Le taux de croissance démographique moyen est de 3,1 %. Le pays connaît un important courant d'émigration vers les pays voisins touchant la tranche la plus jeune de la population active.

10. L'économie du pays repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage qui occupent près de 90% de la population. L'activité agricole dure de juin à septembre. Le secteur informel urbain occupe près de 40% des actifs urbains, le taux de chômage urbain est estimé à près de 20%.

11. Malgré les contraintes de l'enclavement, de la persistance de la sécheresse et de la dégradation de la fertilité des sols, le taux de croissance de l'économie a atteint 5,6% en 2007. Le Burkina Faso a été exposé à plusieurs chocs pendant des décennies comme la fluctuation des cours mondiaux du coton et l'instabilité régionale. Mais ces dernières années, le nombre et la gravité des chocs affectant les ménages ont encore augmenté. La hausse des prix des denrées alimentaires et la crise économique qui s'étend s'accompagnent d'une urbanisation grandissante et d'une aggravation de la dégradation de l'environnement pour enraceriner davantage la pauvreté intergénérationnelle. Avec une vulnérabilité croissante, la question de la protection sociale est devenue cruciale.

12. Pour rappel, la protection sociale est un ensemble d'interventions qui aident les ménages et individus pauvres et vulnérables à mieux gérer les risques et réduire leur vulnérabilité et leur pauvreté extrême en assurant un meilleur accès aux services sociaux, aux marchés et à l'emploi. Au Burkina Faso, elle inclut les éléments suivants :

- les transferts non-contributifs directs aux individus ou ménages (ex : transferts en espèces, cantines scolaires, exemptions de frais liés à la santé, etc.);
- les transferts contributifs aux individus ou ménages (ex : l'assurance chômage, l'assurance maladie) ;
- les services d'aide sociale ;
- l'encadrement politique et légal de la protection sociale.

13. La protection sociale est un investissement soutenant le développement du capital humain et la croissance économique et non une forme d'assistance ou de secours. Si les populations pauvres ne sont pas en mesure de participer à l'économie et donc à la création de la croissance économique, la résonance de la crise économique et des crises environnementales et alimentaires s'en trouvent considérablement amplifiées.

1.1.1. Le champ d'application de la protection

14. Au Burkina Faso, il existe en matière d'assurance sociale trois organismes d'Etat ayant mis en place un système de protection sociale de type contributif, il s'agit de :

- La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)
- La Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO)
- L'Office de Santé des Travailleurs (OST)

15. En plus de ces dispositifs, il existe des mécanismes de protection sociale des populations mis en place par le secteur privé.

1.1.1.1. Les risques couverts santé et transferts de revenus

16. Le régime de sécurité sociale, conformément aux dispositions de l'article 1 de la loi n°015-2006 du 11 mai 2006 portant régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs salariés et assimilés au Burkina Faso, comprend, au minimum, les trois branches techniques qui constituent les normes minimales exigées par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) :

- ✓ **une branche des prestations familiales** chargée du service des prestations familiales et des prestations de maternité, notamment :
 - des allocations prénatales attribuées à toute femme salariée ou conjointe d'un salarié. Le montant est de 500 FCFA par mois de grossesse. Ce droit est subordonné à l'observation, par la mère, de visites médicales ;
 - des allocations familiales attribuées à l'assuré pour chacun des enfants à charge jusqu'à l'âge de 14 ans, dans la limite de six enfants. La limite d'âge des enfants est portée à 18 ans pour les enfants placés en apprentissage et à 21 ans si l'enfant poursuit ses études. Le montant de cette allocation est de 1000 FCFA par mois et par enfant ;
 - les prestations de maternité qui consistent en une indemnité journalière destinée à compenser la perte de salaire pendant la durée du congé de maternité (14 semaines) et en prestation en nature. Le montant de cette indemnité journalière est égal à la moitié du salaire perçu au moment de la suspension du travail. L'autre moitié est à la charge de l'employeur. La Caisse prend en charge la totalité des frais d'accouchement et des soins médicaux nécessaires pendant le congé de maternité s'ils sont dispensés dans un établissement sanitaire agréé.
- ✓ **Une branche des risques professionnels**, chargée de la prévention des risques professionnels et du service des prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle. Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident affectant un travailleur par le fait ou à l'occasion du travail. Les prestations prévues pour cette branche comprennent :
 - les soins médicaux liés aux lésions résultant de l'accident (médicaments, hospitalisation, examens radio ou biologiques, etc.) ;
 - des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail (le montant de cette indemnité est égal aux deux tiers de la rémunération journalière moyenne de la victime) ;
 - une allocation de frais funéraires (montant égal à la moitié du salaire mensuel), en cas de décès et une rente aux survivants (calculées en pourcentage de la rémunération servant de base au calcul de l'allocation d'incapacité permanente). Les dispositions relatives aux accidents du travail sont applicables aux maladies professionnelles.
- ✓ **Une branche des pensions** chargée du service :
 - des pensions vieillesse : l'assuré qui atteint l'âge de 56 ans a droit à une pension de vieillesse à condition d'avoir cotisé pendant au moins 180 mois et d'avoir cessé toute activité salariée. Le montant de la pension de vieillesse est fixé en fonction de la rémunération mensuelle définie comme la 36^{ème} ou la 60^{ème} partie du total des rémunérations soumises à cotisation au cours des 3 ou 5 dernières années, le choix étant dicté par l'intérêt de l'assuré. Au décès de l'assuré, les ayants droits

peuvent percevoir une pension de 50% pour le conjoint, 25% pour chaque orphelin de père ou de mère et 40% pour chaque orphelin de père et de mère.

- des pensions d'invalidité et/ou de survivants ;
- des pensions vieillesse anticipées,
- des allocations de vieillesse ou de survivants ;

17. C'est l'article 93 qui donne les spécifications de l'action sociale et sanitaire prévue à l'article 2 de la loi N°015-2006. Cette action sociale et sanitaire vient en complément aux prestations classiques énumérées et qui vise l'amélioration de l'état social et sanitaire des assurés et de leurs ayants droit. Les prestations prévues, dans ce cadre, comprennent :

- la protection maternelle et infantile par la création et la gestion des centres d'actions sociale et sanitaire pour lutter contre les endémies, la diffusion de l'hygiène, le service des soins médicaux et la promotion des assurés sociaux et, enfin, l'aide à la mère et au nourrisson ;
- la participation à la prise en charge médicale des travailleurs en période d'épidémie ;
- l'aide financière ou la participation, en partenariat avec des institutions publiques ou privées, agissant dans les domaines social et sanitaire et dont l'activité présente un intérêt pour les assurés et les bénéficiaires des prestations de sécurité sociale ;
- l'aide éventuelle à la construction et à l'amélioration de l'habitat en faveur des familles des assurés.

18. L'intervention de la CNSS dans le cadre de la prise en charge de la santé est annexée à ses missions principales et envisagée en tant que garantie de la capacité de travail des salariés. La CNSS a donc pour objectif prioritaire le recouvrement des cotisations sociales et le paiement des prestations dues aux assurés sociaux conformément aux dispositions du code de la sécurité.

1.1.1.2.La retraite

19. Au Burkina, la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO) est un établissement public à caractère industriel et commercial qui a été transformé en établissement public de prévoyance par le décret n°2008/155 du 3 avril 2008. Elle disposait, ainsi, de nouveaux statuts particuliers consacrés par le décret n°2008/156 du 3 avril 2008 et avait en charge la gestion :

- du régime de retraite des fonctionnaires, militaires et magistrats régi par la loi n°47/94/ADP du 29 novembre 1994 portant création d'une retraite applicable aux fonctionnaires, militaires et magistrats étendue aux agents contractuels de la Fonction publique par la loi n°006/2001/AN du 17 mai 2001 ;
- du régime de prévention et de réparation des risques professionnels institué par la loi n°022/2006/AN du 16 novembre 2006 portant régime de prévention et de réparation des risques professionnels applicables aux agents de la fonction publique, aux militaires et aux magistrats.

20. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière et est placée, respectivement, sous la double tutelle technique et financière des Ministères de la Fonction Publique et des Finances.

➤ Les prestations

Les prestations actuelles de la CARFO sont constituées de :

- la pension de retraite,
- la pension d'invalidité,
- la pension de survivant (veuves et orphelins),
- les remboursements des retenues pour pensions.

21. La loi n°22 étend ses prestations sociales à la prise en charge des risques professionnels et accidents de travail. Ainsi, dès 2009, la CARFO va élargir ses prestations pour prendre en compte :

- l'assistance médicale et chirurgicale, pharmaceutique, hospitalière et accessoire ;
- la fourniture, l'entretien, le renouvellement et la réparation des appareils de prothèse ;
- le paiement des rentes d'incapacité en remplacement des pensions d'invalidité
- le paiement des rentes de survivant
- la rééducation professionnelle et la réadaptation fonctionnelle ;
- la prise en charge du transport et des frais de séjours pour soins

➤ **Les bénéficiaires**

22. La Loi n° 47 précise que les bénéficiaires des prestations de la CARFO sont, pour l'essentiel, les agents de la fonction publique, les militaires et les magistrats. Il est prévu le rattachement des agents des collectivités territoriales et des agents contractuels de la fonction publique à la CARFO.

1.1.2. La couverture de la population et les modes de financement

23. Les personnes actives dans le secteur formel public comme privé disposent généralement d'une couverture sociale, souvent formelle (CNSS, CARFO, assurance commerciale, régimes spécifiques liés à l'entreprise, etc.).

1.1.2.1. La couverture de la population

1.1.2.1.1. L'administration publique

24. Les bénéficiaires de l'assurance sociale sont :

- les travailleurs soumis aux dispositions du code du travail quelle que soit leur nationalité, résidant au Burkina et travaillant dans le secteur privé ou le secteur public ;
- les personnes à charge des travailleurs salariés ;
- les personnes assimilées aux travailleurs salariés c'est-à-dire les apprentis et les élèves des établissements d'enseignement technique bénéficiant des avantages des branches Accident du Travail et Assurance Vieillesse ;
- les assurés volontaires qui, après avoir été affiliés au régime de Sécurité Sociale pendant six mois au moins, voient leur statut de salarié se transformer en travailleur indépendant (commerçant, artisan...) et veulent demeurer affiliés à la branche des Pensions et à celle des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles ;

- les ayants droits, sous certaines conditions et pour certaines prestations, en cas de décès du travailleur assuré.

25. Ces prestations sociales ne sont servies qu'aux agents disposant d'un contrat de travail en application des dispositions du code de la sécurité sociale. Dans ces conditions, les travailleurs du secteur informel pourront, difficilement, en bénéficier.

26. La prise en charge des soins de santé des agents de la fonction publique constitue un droit légal qui apparaît dans la loi n°013/98/AN du 28 avril 1998 portant régime juridique applicable aux emplois et aux agents de la Fonction Publique. L'article 28 de cette loi dispose que ces agents bénéficient d'une protection sociale en matière de risques professionnels, de prestations familiales, d'assurance vieillesse et de soins de santé. Mais, l'article visé ne précise pas les modalités de prise en charge de ces soins. La loi se limite à renvoyer le droit aux soins de santé à une autre loi non précisée.

27. Au niveau de la loi n° 11-92/ADP du 22 décembre 1992 portant Code du travail, la couverture des soins de santé des travailleurs est abordée sous l'angle de la médecine du travail. Au titre de l'article 143 de cette loi, il est fait obligation à toute entreprise d'assurer la couverture sanitaire du travailleur conformément aux conditions définies par les textes réglementant la médecine du travail. Aussi, pour éviter la dégradation de l'état de santé des travailleurs du fait de mauvaises conditions de travail, l'Etat a créé, en 1987, l'Office de Santé des Travailleurs (OST). C'est un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle technique du Ministère de la Santé. Ses objectifs sont les suivants :

- promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social de tous les travailleurs ;
- prévenir tout dommage causé à la santé du travailleur par les conditions de travail ;
- protéger les travailleurs dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à la santé ;
- placer et maintenir le travailleur dans l'emploi qui convient le mieux à ses aptitudes physiques et psychologiques ;
- améliorer la qualité des soins dispensés aux travailleurs et mobiliser les ressources financières pour son fonctionnement.

28. Dans la pratique, l'accomplissement des missions dévolues à L'OST repose sur les activités dans les infirmeries d'entreprises ou des secteurs médicaux où sont prodigués aux travailleurs des soins curatifs après accident du travail, maladies professionnelles ou maladies en générale.

29. Le second volet de la mission des services médicaux au travail porte sur l'action en milieu de travail, à l'intérieur de la société, de l'entreprise, au bureau, à l'atelier, sur le chantier, au poste de travail. Il s'agit d'assurer au travailleur un environnement sain par tous les moyens. Pour ce faire, il a été institué une cotisation payée par les entreprises dont le montant est fixé en fonction du nombre de travailleurs occupés.

1.1.2.1.2. Le secteur privé formel

30. Le secteur lucratif de l'assurance santé se compose de l'ensemble des sociétés privées qui offrent des prestations dans le domaine de l'assurance maladie. Il s'agit, uniquement, des Sociétés d'Assurance des dommages en référence à la réglementation qui leur est appliquée. Le marché burkinabé des assurances est, en effet, régi par le code CIMA (Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances) que le Burkina Faso a ratifié en 1994. Depuis l'entrée en vigueur de ce code en 1995, les sociétés d'assurances ne sont plus autorisées à pratiquer simultanément, comme par le passé, des opérations d'assurances de dommages et d'assurances de personnes. Bien que l'assurance maladie obéisse au principe forfaitaire, le code des assurances la classe dans le groupe des assurances de dommages.

31. Le secteur de l'assurance santé relevant des sociétés à but lucratif au Burkina Faso n'est pas assez bien connu. Très peu de travaux ont porté sur son organisation, son fonctionnement et ses performances. Certes, des informations globales existent portant sur les sociétés présentes, les produits offerts, la taille globale du marché et les résultats. Mais, ces statistiques ne sont pas affinées pour chaque branche d'assurance. Un déficit d'informations rend problématique l'analyse de certaines dimensions de ce secteur, notamment les catégories sociales visées.

L'assurance santé est une branche d'assurance très jeune dont la pratique sur le marché burkinabé remonte à dix ans environ. Actuellement, cette branche connaît un développement et présente de réelles opportunités pour les sociétés d'assurance : une forte demande existe aussi bien au niveau de certains particuliers guidés par le souci de protection sociale que de celui des entreprises. Elle constitue, également, pour les sociétés d'assurance, un produit d'appel ou une stratégie sûre pour conquérir le monde des affaires.

32. De manière générale, le marché burkinabé des assurances est animé par six sociétés d'assurance de dommages et quatre sociétés spécialisées dans les assurances de personne en fin décembre 2005. Il faut noter que la réglementation n'autorise pas la pratique simultanée des opérations d'assurances de dommages et d'assurances de personnes.

33. Les produits d'assurances santé dans le secteur lucratif sont offerts surtout aux Institutions socioprofessionnelles, notamment les entreprises, organismes non gouvernementaux et associations. Bien qu'une demande potentielle existe au niveau des ménages et des particuliers, c'est une faible proportion qui accède à l'assurance santé : les sociétés d'assurances s'adressent avant tout à des groupes organisés pour leurs offres.

34. Les organismes d'assurance, qui tentent de répondre aux besoins des ménages et des particuliers, le font avec une grande prudence et à des tarifs très élevés. Pourtant, la demande potentielle à laquelle font face les sociétés d'assurances augmente en raison des coûts des soins de santé. Ceux-ci s'accroissent de plus en plus depuis que la privatisation dans le secteur de la santé a donné lieu à une multiplication des cliniques privées qui pratiquent des niveaux de tarification très élevés.

35. Les sociétés d'assurances, par leur surface financière et leur organisation et représentation au niveau national, dispose d'une capacité de négociation et de contractualisation avec les prestataires de soins aux niveaux national et régional. Certes, jusque là, elles n'ont pas actualisé cette capacité de négociation et de contractualisation en raison de l'importance stratégique de la branche santé. Mais au fur et à mesure que cette branche prendra de l'importance, on pourrait s'attendre à une intervention plus structurée de ces sociétés auprès des prestataires de soins. Les paquets de prestations proposés par les sociétés d'assurance sont complets et relativement uniformes, prenant ainsi en compte tous les besoins en matière de soins de santé. Ces paquets s'adressent à un grand nombre d'assurés secondaires regroupés autour

d'assurés principaux dont l'appartenance à un groupe ou à une entreprise permet d'obtenir la couverture d'assurance santé.

36. Le marché burkinabé de l'assurance santé n'est pas directement accessible aux particuliers et aux ménages. En effet, les taux de cotisation ou de primes relativement élevés des sociétés d'assurance sont mieux adaptés aux catégories sociales très aisées qui ont une capacité contributive forte. Ils conviennent, également, aux groupes de travailleurs affiliés par leurs employeurs. Les ménages pauvres ou même ceux situés légèrement au dessus du seuil de pauvreté sont exclus d'emblée du marché des sociétés d'assurance privées en raison de leur faible capacité contributive.

37. Les sociétés d'assurance sont localisées uniquement en zones urbaines et particulièrement dans les deux grandes villes du pays : Ouagadougou et Bobo Dioulasso. Les zones rurales sont exclues du marché à cause de leur incapacité à présenter une demande solvable.

38. De plus, la surfacturation provient de l'existence d'une discrimination des prix de prestations en soins de santé pratiqués dans les cliniques privées au Burkina Faso. Elle remet en cause le développement rentable de l'assurance santé et contribue, en grande partie, et sans raison justifiée, à grever les prix d'assurance. En effet, un malade qui bénéficie d'une couverture d'assurance santé dans les cliniques privées paie, pour ses soins, au minimum 50% plus cher que le malade non assuré. Le facteur explicatif de cette pratique serait lié au règlement différé de la facture par l'assureur par rapport au paiement immédiat effectué par le malade non assuré. Les intérêts occasionnés par ce retard s'élèveraient jusqu'à 50 % du tarif.

39. Cette discrimination contribue à alourdir les charges de sinistres qui se répercutent, par la suite, sur la prime, car l'assureur, soucieux de l'équilibre technique, est obligé d'en tenir compte dans son tarif. En définitive, c'est l'assuré qui est pénalisé par ces hausses injustifiées de prix. La non maîtrise du coût de revient est le principal facteur explicatif de la faible rentabilité de la branche santé. Elle pose l'épineuse question de la tarification dans un contexte où la branche maladie est conçue comme un « produit d'appel » devant permettre le développement des autres branches. Elle met en indexe, également, l'inefficacité du dispositif de contrôle qui nécessite une réorganisation du circuit de gestion des réclamations et un certain nombre de dispositifs comme les conventions efficaces avec les prestataires de soins de santé.

1.1.2.1.3. Le secteur privé informel

40. L'absence de politique cohérente, les régimes initiaux mal adaptés, la mauvaise gestion, les politiques d'ajustement structurel et le sida ont eu des effets négatifs sur le développement de la couverture sociale. Ils ont fortement contribué à la réduction de la capacité de l'Etat du Burkina Faso à prendre en charge les besoins essentiels de la population. Ils ont largement précipité la marginalisation et la paupérisation croissante de larges couches sociales. Pour faire face à cette situation, les populations ont développé des stratégies alternatives de survie faites d'activités précaires multiformes, ce qui s'est traduit par une explosion de l'économie informelle urbaine.

41. En outre, les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication ont largement contribué à l'expansion du secteur informel. Les stratégies d'externalisation et de sous-traitance pour réduire les coûts de la main-d'œuvre, transférer le coût des fluctuations de la demande, échapper aux coûts liés à l'accroissement de leur capacité de production, éviter

les conflits du travail et limiter le pouvoir des syndicats ont eu pour effet d'encourager l'emploi informel.

42. Le secteur informel joue un rôle essentiel dans l'économie du pays. Il permet de générer des emplois, contribue au PIB et assure la couverture des besoins des populations, notamment les plus vulnérables. Par contre, il importe de souligner que les travailleurs de l'économie informelle n'ont pratiquement ni une sécurité de l'emploi ni une garantie de revenus. Il suffit qu'un membre de la famille tombe malade pour que l'équilibre délicat du budget familial soit rompu.

43. Le travail dans l'économie informelle comporte souvent des risques que l'environnement non réglementé dans lequel il se déroule ne fait qu'accroître. Les femmes sont confrontées à des problèmes supplémentaires tels que le licenciement en cas de grossesse ou de mariage. Celles qui travaillent dans l'économie informelle ne bénéficient d'aucune protection et prestations à l'instar des femmes salariées de l'économie formelle.

44. Par ailleurs, le financement des prestations de sécurité sociale représente, pour beaucoup de travailleurs du secteur informel, un pourcentage relativement élevé de leurs revenus. Ils ne sont, très souvent, ni en mesure de verser une cotisation, ni disposés à le faire, surtout lorsque ces prestations ne répondent pas à leurs besoins prioritaires en soins de santé et en éducation. Ils ressentent moins le besoin de bénéficier d'une retraite et la vieillesse leur paraît souvent très éloignée.

1.1.2.2. Les modes de financements

45. La mise en œuvre d'une politique de protection sociale, dans les formes décrites ci-dessus, nécessite la contribution du travailleur salarié et de son employeur. Les ressources de la protection sociale au Burkina Faso relèvent d'un système de prélèvement obligatoire et proviennent :

- des cotisations sociales dans lesquelles l'employeur cotise à hauteur de 16% (part patronale) et le travailleur pour 5,50% (part ouvrière) ;
- des majorations pour cause de retard dans le paiement des cotisations ;
- des produits de placements de fonds (revenus des immeubles de rapport, des prêts aux institutions, des titres de participation, des obligations, des dépôts à termes, des prêts au Trésor Public) ;
- des recettes diverses (locations de véhicules, recettes du service Promotion des assurés sociaux, etc).

46. L'inadaptation des cotisations se manifeste, d'abord, sous la forme d'excédents enregistrés au niveau de certaines branches (prestations familiales) et des déficits observés dans d'autres cas (pensions vieillesse).

47. La recherche de l'équité dans le cadre de la préservation d'un équilibre financier durable devrait aller dans le sens de :

- la définition d'un mécanisme de révision des taux de prestations en fonction d'un indicateur significatif du niveau de vie ;
- l'inscription dans la législation de l'adaptation du niveau de prestations à l'évolution de l'indicateur qui sera retenu.

48. Car l'éventail des prestations fondé sur le strict minimum prend très peu compte de la santé en général qui est la préoccupation majeure des travailleurs, salariés ou non. Cette préoccupation est d'autant plus prégnante que le principe de la gratuité des services de santé n'est plus de mise avec le désengagement progressif de l'État qui est la suite logique de l'application du principe de recouvrement des coûts.

49. Dans le cadre de l'assurance retraite, le financement des prestations est assuré par des cotisations dont les taux varient entre 20% et 22% du solde indiciaire ou salaire de base répartis comme suit : 8% à la charge de l'employé, 12% à la charge de l'Etat employeur et 14% pour les employeurs des assurés en position de détachement. Chacune des branches du régime de sécurité sociale fait l'objet d'une gestion financière distincte. Les ressources d'une branche ne peuvent être affectées à la couverture des charges d'une autre branche.

Difficultés de recouvrement des cotisations

50. Les organismes de protection sociale, comme la CARFO, sont confrontés à des difficultés de recouvrement des cotisations en raison des lourdeurs administratives. Celles-ci se traduisent par un circuit de reversement long renforcé par l'incivisme de certaines institutions qui rechignent à reverser les cotisations des agents en détachement. Le système de pension étant un système à répartition, les cotisations des actifs servent à payer les prestations. Le recouvrement y joue donc un rôle majeur.

51. Les projections indiquent que la CARFO va accueillir 13794 nouveaux retraités entre 2008 et 2012. Cette situation posera certainement un problème d'équilibre financier au système de répartition.

52. Sur le plan stratégique national, la Politique nationale de protection sociale du Burkina, retient quatre (04) axes de développement :

- le renforcement des capacités de la structure pour l'aider à faire face à ses obligations ;
- l'adaptation de ses prestations aux besoins de la clientèle ;
- le renforcement de sa viabilité financière ;
- une étude actuarielle est prévue pour mesurer l'impact d'une extension du régime de pension aux agents des collectivités territoriales.

1.1.2.2.1. Financement

53. Dans le cas de la protection sociale au Burkina Faso, des taux de cotisations ont été fixés selon la législation en vigueur. Le taux d'appel des cotisations, pour l'ensemble des branches du régime de sécurité sociale géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, est fixé à 16 % à la charge de l'employeur selon le mode de ventilation suivant:

- 5,5 % au titre de la branche Assurance vieillesse ;
- 3,5 % au titre de la branche des risques professionnels ;
- 7 % au titre de la branche des prestations familiales.

54. La participation du travailleur est fixée à 5,5% au titre de la branche Assurance vieillesse.

1.1.2.2. Autres sources et mécanismes de financiers

55. En dehors du budget de l'Etat, les collectivités locales, les ONG, les associations, les communautés locales et les usagers interviennent dans le financement de la santé à travers des mécanismes divers. Le niveau et les mécanismes du concours des collectivités locales au financement de la santé sont cependant mal connus à la veille des réformes de décentralisation administrative et politique. Ce manque d'information constitue une des faiblesses institutionnelles du système de santé.

56. Les ONG et les associations contribuent, également, au financement des activités de santé. En effet, parallèlement aux ressources mobilisées dans le cadre des relations bilatérales et multilatérales, le secteur de la santé bénéficie d'un apport important des associations, des organisations confessionnelles et des comités de jumelage. Cet apport est prioritairement orienté vers les groupes vulnérables de la population que constituent les enfants et les femmes. Leur contribution serait passée de 5,5 milliards de FCFA, environ, durant la période 1991-1995 à près de 8,7 milliards FCFA sur la période 1996-2000².

57. Les résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages montrent qu'un ménage au Burkina Faso consacre annuellement, au niveau national, en moyenne, 33.000 FCFA aux dépenses de santé : la moyenne en milieu urbain atteint 73.000 FCFA, comparée à 21.000 FCFA en milieu rural. Ces dépenses sont essentiellement destinées à l'achat de médicaments. Les institutions de sécurité sociale et le secteur de l'assurance privée contribuent, également, au financement de la santé au Burkina. Mais, leur part est relativement faible (moins de 1 milliard).

Tableau 1: Sources de financement de la Protection sociale au Burkina Faso en 2007

Types de financement	Montants en milliards F CFA
Subvention/Etat	7,8
Partenaires extérieurs (ONG, Jumelage, etc.)	8,7
Mutuelles	<i>Montant non disponible</i>
Sécurité Sociale	0,5
Ménages (usagers)	5
Assurances privées	0,5
TOTAL	22,5

Source : Source : BIT/STEP et RAMS

1.1.3. L'analyse de la performance de la protection sociale

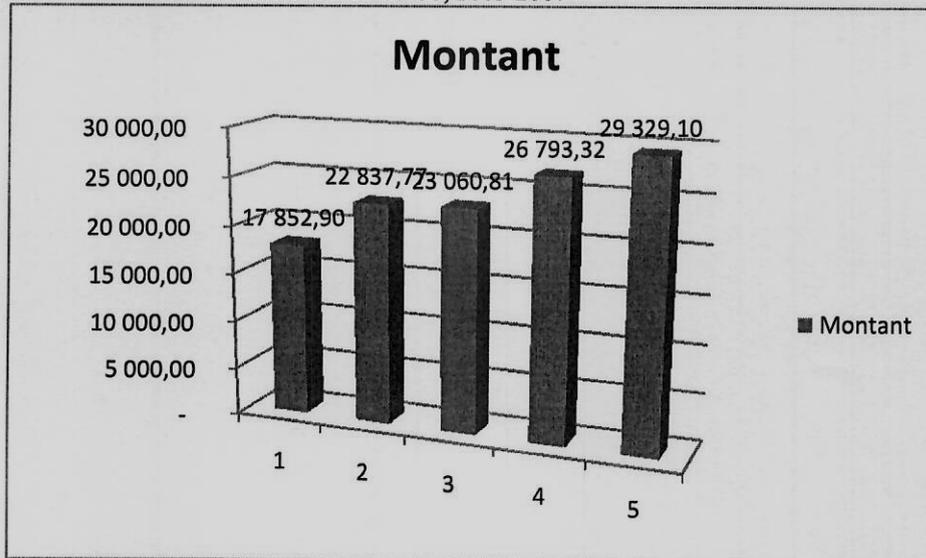
58. La performance de la protection sociale peut se mesurer par sa capacité à assurer la couverture sociale des différentes couches de la société (administration, secteur privé et secteur informel) sans distinction aucune. Cette problématique est analysée à travers des déterminants clés comme l'évolution de la mobilisation des ressources, de la pénétration du marché, les coûts de fonctionnement, et le taux de transformation. En fonction des disponibilités d'information, l'analyse est axée sur les caractéristiques d'exploitation des différentes structures de protections sociale.

² Source : BIT/STEP et RAMS

1.1.3.1. La mobilisation des ressources

59. Les ressources progressent en volume, si la situation de la CNSS pour laquelle l'information est disponible est illustrative des autres situations institutionnelles. En 2006, la CNSS couvrait 175317 travailleurs salariés sur un effectif estimé à plus de 360 000 personnes, soit un taux de couverture de 48,7%. Les cotisations sociales se sont accrues en moyenne de 13,6% l'an sur la période 2003-2007 : de près de 17,853 milliards de FCFA en 2003, les cotisations ont atteint 29,329 milliards FCFA en 2007. Ces cotisations représentaient plus de 82,4% des recettes totales de la CNSS en 2007.

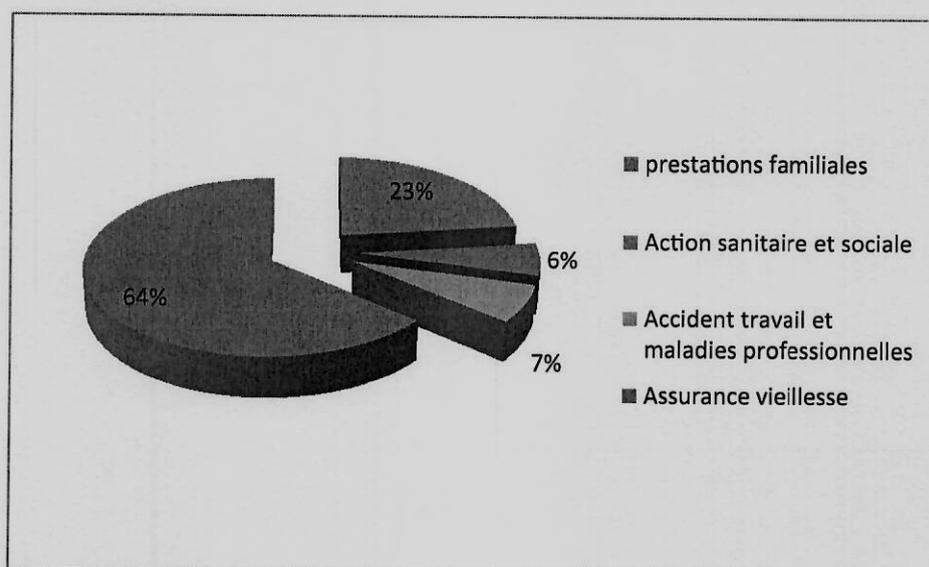
Graphique 1 : Evolution des cotisations à la CNSS, 2003-2007



Source : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

60. Les bénéficiaires des prestations de la CNSS ont reçu, au total, 12.273,84 millions de F CFA, dont 7 882,36 millions de F CFA pour les pensions vieillesse, 2806,47 millions de F CFA d'allocations familiales, 880,59 millions de F CFA pour la couverture de risques professionnels et 704,42 millions de FCFA pour l'action sanitaire.

Graphique 2: Répartition des dépenses techniques de la CNSS 2007



Source : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

1.1.3.2. Le taux de pénétration du marché du travail et le taux de couverture

61. Les efforts d'adaptation au contexte fournis par la CNSS auraient permis une augmentation de près de 700% du nombre d'employeurs déclarés de 1980 à 2006 et l'enregistrement d'un millier de premiers assurés volontaires en 2006. Cette dynamique est à mettre en relation avec les autres modifications institutionnelles intervenues durant cette période portant sur le code des investissements, le code de la fiscalité et l'ensemble des programmes d'appui au développement du secteur informel, du secteur de l'artisanat etc. Il reste que les dernières analyses faites sur le développement du secteur privé en général dans le cas du Burkina Faso révéleraient un processus d'informatisation (Cf. Y.A Fauré, 2000 et Etudes SNAT 2008) accrue des activités économiques qui réduirait ainsi le potentiel de pénétration du marché du travail par la CNSS.

62. La CNSS présente donc un potentiel élevé pour la protection des travailleurs ayant surtout un emploi formel. Ce potentiel est doublé d'une capacité d'administration et de gestion des prestations sur la base d'une infrastructure et d'une logistique complexes.

1.1.3.3. Coût de fonctionnement élevé

63. Un des problèmes majeurs de la CNSS serait lié à son coût de fonctionnement. Différents ratios qui mesurent l'efficacité apparaissent tendus, notamment celui des charges de fonctionnement sur les dépenses totales qui atteint 39%. Sur 100FCFA de dépenses, 39 FCFA constituent les dépenses de fonctionnement dont 25 sont affectées aux frais de personnel. Le ratio, selon les statuts mêmes de l'institution, ne devrait pas être supérieur à 15%..

1.1.3.4. Le faible taux de transformation

64. La CNSS est une entreprise de service censée maximiser le service rendu. Or le taux de transformation, compris comme le rapport entre les dépenses de prestations sociales et les cotisations sociales calculées en 2007, est de 42%. Son niveau demeure faible comparé à la norme CIPRES qui est de 65% au minimum et des sociétés privées d'assurance qui fixent le seuil à 60%. Il se pose donc un problème de gestion efficace des prestations. Les perspectives indiquent que ce taux est appelé à croître en raison de l'augmentation des pensions décidée récemment.

65. La CARFO compte 86 700 cotisants civils et prend en charge 14700 retraités et 11700 conjoints survivants. L'absence de statistiques fiables ne permet pas de documenter cette performance dans ces différentes dimensions. Il est simplement connu que 14 milliards ont été redistribués en 2007 aux bénéficiaires.

.2.

COTE D'IVOIRE

66. Pays de l'Afrique de l'ouest, la Côte d'Ivoire s'étend sur une superficie globale de 322 462 km², pour une population estimée à 20,8 millions d'habitants en 2008, dont 57% sont des ruraux, et 26% sont d'origine étrangère (en provenance essentiellement des pays limitrophes : le Ghana à l'Est, le Burkina Faso et le Mali au Nord par, et la Guinée et le Libéria à l'Ouest. C'est l'un des pays à forte croissance démographique du continent, puisque la population était encore moitié moins importante en 1988 (10,8 millions).

67. L'économie de la Côte d'Ivoire, repose principalement sur le binôme café-cacao, le pays étant le premier producteur mondial pour le cacao et le troisième pour le café. Naguère florissant, le pays connaît depuis les années 1980 une crise économique aiguë, à laquelle s'est ajoutée une instabilité sociopolitique dans les années 1990. Ces dernières années, la croissance économique est restée inférieure à zéro. Ce contexte a fait le lit d'une accentuation de la pauvreté et d'une détérioration continue de l'ensemble du tissu social. De 10% en 1985, l'incidence de la pauvreté est passée à 36,8% en 1995, puis à 38,4% en 2002 pour atteindre 48,9% en 2008, remettant sérieusement en cause la possibilité d'atteindre les OMD. Dans le même ordre d'idée, les indicateurs sociaux issus du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1998 (RGPH, 1998) montraient déjà l'état sanitaire déplorable des populations :

- le taux de mortalité enregistre une hausse : l'espérance de vie à la naissance qui était de 55,7 ans en 1988 est passé à 50,9 ans en 1998 ;
- le taux brut de mortalité est estimé à 13,9% en 1998 contre 12,3% en 1988 ;
- le taux de mortalité infantile est de 104 décès pour 1000 naissances en 1998 ;
- le taux de mortalité maternelle est de 597 décès pour 10 000 naissances.

1.2.1. Etat des Lieux

68. Le régime ivoirien de protection sociale comporte trois branches : prestations familiales, accidents du travail-maladies professionnelles et pension (vieillesse, invalidité et survivants). Il ne prévoit pas de protection en cas de maladie, mais contient des dispositions dans le cadre des prestations familiales en cas de maternité. Le régime général ivoirien de sécurité sociale est géré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS).

1.2.1.1. Le champ de la protection sociale en Côte d'Ivoire

1.2.1.1.1. Les risques couverts santé

69. Toutes les personnes exerçant une activité salariée, les apprentis et les élèves bénéficient de l'assurance accidents du travail. Les travailleurs indépendants ne bénéficiant pas de l'assurance accidents du travail, à titre obligatoire, peuvent souscrire volontairement à cette assurance qui donne droit à des prestations en nature.

70. La CNPS couvre directement les frais nécessaires au traitement de la victime ainsi que les prothèses, les appareillages et les frais de rééducation. En cas de décès, elle prend en charge les frais de transport du corps au lieu de la sépulture, quand l'accident s'est produit au cours d'un déplacement demandé par l'employeur.

1.2.1.1.2. Les transferts de revenus (prestations familiales)

71. Peuvent être servies, les prestations suivantes :

- les allocations au foyer du travailleur ;
- les allocations prénatales ;
- les allocations de maternité ;
- les allocations familiales ;
- les indemnités journalières en faveur des salariées en couches ;
- les frais d'accouchement et les soins médicaux liés à l'accouchement.

72. Pour avoir droit aux prestations familiales, il faut être salarié, marié légalement ou fille célibataire ayant reconnu son ou ses enfants, avoir à sa charge un ou plusieurs enfants et justifier de trois mois de travail continu chez un ou plusieurs employeurs inscrits à la CNPS. La veuve d'un allocataire décédé en activité peut continuer à bénéficier des prestations familiales.

1.2.1.2. La retraite

73. Des pensions de retraite, des allocations de rachat, des pensions de réversion et d'invalidité peuvent être attribuées. Il suffit d'être âgé de 55 ans et avoir exercé une activité salariée. Il faut, également cotiser pendant au moins quinze ans et avoir cessé toute activité. La pension peut être servie dès le 50e anniversaire mais elle subit alors un abattement de 5 % par année d'anticipation, sauf pour les personnes qui justifient d'au moins 30 ans d'assurance.

1.2.2. La couverture de la population et les modalités de financement

74. En Côte d'Ivoire, tout employeur est tenu de s'affilier à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale et procéder à l'immatriculation de ses salariés. Le travailleur indépendant, pour sa part, où toute personne exerçant une activité professionnelle, qui n'est pas soumise à l'obligation de souscrire à l'assurance accidents du travail-maladie professionnelle, peut néanmoins s'assurer volontairement contre ce risque. Il pourra alors bénéficier de la plupart des prestations d'accidents du travail offertes par la CNPS.

75. Les prestations servies par la CNPS sont financées par les cotisations des employeurs et des salariés. Le calcul de ces cotisations tient compte de l'assiette des cotisations, des taux de cotisation applicables et des salaires planchers et plafonds.

1.2.2.1. La population couverte par les différents régimes et outils

76. La couverture du risque maladie est assurée par plusieurs acteurs à travers des systèmes assurantiels publics ou privés. L'Etat prend directement en charge les frais de santé de certaines catégories de citoyens. On distingue, ainsi, deux types de couvertures : les régimes de couverture publics et les régimes de couverture volontaires ou privés.

1.2.2.1.1. La couverture des agents de l'administration publique

77. L'Etat a l'obligation d'assurer la couverture sociale de tous les fonctionnaires comme le stipulent la loi du 7 novembre 1962 sur les pensions civiles et le décret d'application 68-82 du 9 février 1968. Il organise un régime spécial de réparation pécuniaire accordé au

fonctionnaire en cas d'invalidité résultant de maladie ou d'accident survenus dans l'exercice de ses fonctions. Le statut général de la Fonction Publique prévoit, en ses articles 65 et suivants, un régime de congé maladie en faveur du fonctionnaire atteint d'une maladie non professionnelle ou professionnelle et du fonctionnaire victime d'un accident du travail.

78. La couverture maladie est assurée par la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (MUGEFCI) et les Mutuelles des agents du secteur public (Mutuelle des Agents du trésor, Mutuelles des Agents des Impôts, etc.).

1.2.2.1.2. Le régime général des travailleurs du secteur privé et assimilés

79. La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et les dispositions législatives régissant la Médecine d'Entreprise assurent le régime général des travailleurs du secteur privé et assimilés. La loi n° 99-477 du 02 août 1999 portant Code de prévoyance Sociale définit les branches de prestations gérées par la CNPS. La Caisse gère trois principales branches d'assurance à savoir :

- les prestations familiales
- l'assurance maternité
- les risques professionnels

80. La CNPS assure la couverture de tous les travailleurs du secteur privé et leurs ayants droit. Le rapport d'activités du CNPS de 2002 avait dénombré 479711 salariés immatriculés. Ce sont tous les salariés de l'entreprise et les membres de leurs familles. Les travailleurs reçoivent les premiers soins. Certaines grandes entreprises ont développé de véritables structures sanitaires offrant aux travailleurs de l'entreprise et aux membres de leurs familles des prestations médicales essentielles.

1.2.2.1.3. Les souscriptions volontaires au régime d'assurance volontaire privé

81. Ce régime est porté par les compagnies d'assurance privée et les mutuelles de santé. Les compagnies d'assurance privées sont régies par le Code CIMA et occupent une part très importante dans la couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire. Les assurances privées sont souscrites par les salariés des grandes entreprises et les syndicats ou groupements professionnels, publics ou parapublics. Elles proposent à l'ensemble des personnes couvertes des contrats individuels et de groupes pour une prise en charge totale ou partielle des frais liés à la maladie ou à la maternité.

82. Les mutuelles de santé ne sont toujours pas régies par un cadre législatif propre, mais par une loi française de 1898 relative aux sociétés de secours mutuels. Toutefois, de façon dérogatoire au droit commun, l'Etat a dû intervenir par décrets spécifiques ou par des arrêtés ministériels pour promouvoir certaines mutuelles des agents relevant du secteur public.

On peut énumérer dans ce cadre :

- la Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire (MUGEFCI),
- le Fonds de Prévoyance Militaire (FPM),
- le Fonds de Prévoyance de la Police Nationale (FPPN).

1.2.2.1.4 Les modalités de financement

83. Les assurances complémentaires santé vont occuper une place de plus en plus importante. A ce titre, l'outil fiscal et les autres mécanismes de financement méritent d'être pris en compte.

84. L'assiette des cotisations sociales comprend la rémunération du travailleur et les avantages en nature et en indemnités diverses. Le montant du salaire à prendre en considération comme base de calcul des cotisations ne peut être inférieur au SMIG. Celui-ci est de 36.607 francs CFA pour 40 heures de travail hebdomadaire.

Tableau 2 : des cotisations au 1er Janvier 2010

Branches	Part patronale	Part salariale	Total	Plafond/mois
Prestations familiales	5,75 % (dont 0,75 % pour la maternité)	-	5,75%	70.000 FCFA
Accidents du travail	De 2 à 5 % (en fonction de l'activité principale de l'entreprise)	-	2 à 5 %	70.000 FCFA
Retraites	4,80 %	3,20%	8 %	1.647.315 FCFA

Source : Caisse Nationale de Protection Sociale, CI, 2010.

85. On identifie divers types de financement répartis en fonction de la catégorie de couverture

✓ **Pour la couverture assurée par l'Etat**

86. Le financement du régime de protection des fonctionnaires contre les maladies, les accidents et leurs conséquences, est exclusivement à la charge de l'Etat.

✓ **La couverture maladie assurée par la CNPS**

87. Le financement de ces branches est exclusivement à la charge de l'employeur (le taux varie entre 7.75% et 10.75% de la masse salariale mensuelle, plafonnée à 70 000 FCFA)

✓ **Pour la Médecine d'Entreprise**

88. La Médecine d'entreprise est exclusivement à la charge de l'employeur qui finance les infrastructures et les prestations. Les autres sources et mécanismes de financement sont constitués par les mutuelles de santé et les compagnies d'assurance privée. Pour ces dernières, le financement se fait par le paiement d'une prime d'assurance dont le montant varie entre 13 000fcfa et 18 000fcfa par mois et par individu.

.3.

MALI

89. Le Mali est un pays enclavé en zone Sahélienne, exposé à la sécheresse et à la désertification, ce qui accroît sa vulnérabilité aux chocs externes. La pauvreté est encore répandue, et touche 59,2 % de la population. Les témoignages indiquent que la croissance au cours des dernières années a été favorable aux pauvres, le revenu des couches les plus pauvres de la population s'étant amélioré plus rapidement que celui d'autres groupes (Gunther et Al 2007)

90. Mais en dépit de ces progrès, la réduction rapide de la pauvreté ne s'est pas réalisée. Il y a eu des améliorations dans l'accès aux services de base, mais les indicateurs de développement humain demeurent faibles. Les données indiquent que, même avec un renforcement de l'accès à la santé et à l'éducation, la demande demeure faible ; par exemple, d'après l'Enquête Démographique et la Santé (EDS) de 2006, seul 42 % des ménages demandent des services de santé formels, et les taux nets de scolarisation au niveau de l'enseignement primaire sont d'environ 55 %. Cela suggère que, en plus des efforts sur l'offre, une amélioration réelle viendra aussi d'actions soutenues pour promouvoir la demande.

1.3.1. Etat des lieux

91. A l'instar des autres pays de la sous-région, le Mali dispose d'un cadre institutionnel formel de gestion de la sécurité sociale. Ce système couvre les travailleurs du secteur formel, et exclut par conséquent la partie la plus importante de la population. Il est passé en revue dans les pages suivantes, notamment à travers son champ d'application, les différents risques couverts et les modes de financement.

1.3.1.1. Champ d'application

92. A l'instar des autres pays de la zone UEMOA, le régime de sécurité sociale de la République du Mali comprend trois branches :

- une branche de prestations familiales ;
- une branche de réparation et de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- une branche de retraite : vieillesse, invalidité, décès-survivants.

93. Ces diverses prestations sont généralement organisées en régimes (régime des salariés, des fonctionnaires, etc.). Sur la base de la gamme des prestations fixées dans la convention, les organismes de prévoyance sociale gèrent ces trois principales branches.

1.3.1.1.1. Les risques couverts

1.3.1.1.1.1. Prestations familiales (transferts de revenus)

94. Le régime malien des prestations familiales comprend les prestations en nature de l'action sanitaire et sociale, la prime de mariage, l'aide à la mère et aux nourrissons sous forme d'allocations prénatales et d'allocations de maternité. Il intègre, également, des indemnités journalières en faveur des femmes salariées en état de grossesse, les allocations familiales et le congé de naissance.

95. Les prestations familiales sont accordées à tout assuré volontaire, pensionné veuve/veuf d'un bénéficiaire ou sous condition d'activités : neuf mois consécutifs chez un ou plusieurs employeurs, un mois étant validé par dix-huit jours ou 120 heures d'activité. Les travailleurs salariés étrangers introduits régulièrement au Mali ont droit aux prestations familiales.

✓ **Prime de mariage (allocations au foyer du travailleur)**

96. Il s'agit d'une allocation qui permet au travailleur d'acquérir l'équipement nécessaire à son ménage. Son montant est égal au salaire mensuel forfaitaire servant de base au calcul des prestations familiales. Cette prime est versée une seule fois lors du premier mariage.

✓ **Allocations prénatales**

97. Les allocations sont dues pour les neuf mois précédant la naissance, si la déclaration de grossesse accompagnée d'un certificat médical est adressée à l'Institut dans les trois premiers mois de la grossesse. L'attribution des prestations est subordonnée à trois examens médicaux (avant la fin du 3ème mois, vers le 6ème mois et vers le 8ème mois). Le taux de l'allocation mensuelle prénatale est fixé au 1/10ème du salaire mensuel forfaitaire servant de base au calcul des prestations familiales. Les allocations prénatales sont versées en trois fractions : 1.830 francs CFA, 3.660 francs CFA et 2.745 francs CFA.

✓ **Allocations de maternité**

98. Leur paiement est subordonné à la médicalisation de l'accouchement et à la surveillance médicale du nourrisson. L'allocation est payée en trois fractions :

- 1/2 à la naissance ou immédiatement après la demande (5.490 francs CFA) ;
- 1/4 lorsque l'enfant atteint l'âge de six mois (2.745 francs CFA) ;
- 1/4 lorsque l'enfant atteint un an (2.745 francs CFA).

✓ **Allocations familiales**

99. Elles sont attribuées au travailleur pour chacun des enfants à sa charge, âgé de plus d'un an et de moins de 14 ans (18 ans pour les enfants placés en apprentissage, 21 ans en cas de poursuite d'études). Le taux des allocations familiales est fixé à 1.000 francs CFA par enfant et par mois.

✓ **Indemnité journalière des femmes salariées en état de grossesse**

100. Cette indemnité est égale à l'intégralité du salaire sans limitation et effectivement perçu au moment de la suspension du contrat de travail. Elle est accordée pour la période réellement chômeuse qui doit être comprise dans les six semaines qui précèdent et les huit semaines qui suivent l'accouchement. Le versement de l'indemnité journalière peut être prolongé pendant trois semaines en cas de suites de couches pathologiques.

✓ **Congé de naissance**

101. A l'occasion de chaque naissance d'enfant viable survenue à son foyer, le chef de famille salarié a droit à un congé supplémentaire de trois jours. Ceux-ci peuvent être consécutifs ou non, après entente entre l'employeur et le bénéficiaire mais devront être compris dans une période de quinze jours incluant la date de naissance.

1.3.1.1.2. Accidents du travail, maladies professionnelles

✓ Déclaration, formalités, soins

102. L'employeur est tenu de déclarer immédiatement ou, au plus tard, dans un délai de 48 heures, tout accident du travail ou maladie professionnelle constaté dans l'entreprise. Il doit, par ailleurs, faire assurer les soins de première urgence, aviser le médecin chargé des services médicaux de l'entreprise ou le médecin le plus proche et éventuellement diriger la victime au centre médical ou interentreprises, à défaut, à la formation sanitaire publique ou l'établissement hospitalier public ou privé le plus proche du lieu de l'accident. Si la victime n'a pas repris le travail dans les trois jours, l'employeur doit faire établir un certificat médical. Les frais, à l'exception de ceux qui concernent les soins de première urgence, sont à la charge de l'Institut de Prévoyance Sociale (système du tiers payant).

✓ Incapacité temporaire

103. L'indemnité journalière est payée à la victime par l'Institut à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail jusqu'à la guérison ou constatation de l'incapacité permanente. L'indemnité est égale à 100 % du dernier salaire de l'assuré précédant l'accident.

✓ Incapacité permanente

104. En cas d'incapacité permanente, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié, lorsque ce taux est compris entre 10 et 50 %, et augmenté de moitié lorsqu'il excède 50 %. Si la victime a besoin de l'assistance d'une tierce personne, la rente est majorée de 40 %. Si le degré d'incapacité est inférieur à 10 %, il est effectué un versement unique. Le montant maximum de la rente est égal à 20 fois le SMIG. Le montant minimum de la rente, si le degré d'incapacité est égal ou supérieur à 10 %, ne peut être inférieur à 1,3 fois le SMIG. Après un délai de cinq ans, la rente peut être convertie en capital en totalité ou en partie si :

- le taux d'incapacité ne dépasse pas 20 %, sur simple demande ;
- le taux d'incapacité est compris entre 20% et 50 %, le rachat peut être opéré dans la limite du quart, au plus, du capital correspondant à la valeur de la rente.

105. L'assuré, victime d'un accident du travail et bénéficiaire d'une rente, doit se soumettre à des examens médicaux auprès d'un médecin agréé par l'INPS durant les deux premières années d'abord et chaque année, ensuite.

✓ Décès

106. Au décès d'un assuré victime d'un accident du travail, le conjoint et les orphelins peuvent prétendre à un avantage versé sous forme de pension. Le montant de la rente est égal à un pourcentage du salaire moyen annuel du défunt précédant le début de l'incapacité.

La rente due aux survivants s'élève à :

- 30 % du salaire annuel de la victime pour le conjoint, si le mariage a eu lieu avant le début de l'incapacité du défunt. En cas de pluralité de veuves, la rente est répartie en parts égales. En cas de remariage et s'il n'y a pas d'enfant à charge, la rente n'est plus versée. Elle est remplacée par une allocation de remariage égale à 3 ans de rente.

- 15 % pour chacun des deux premiers enfants, 10 % pour chaque enfant suivant, 20 % pour chaque enfant orphelin de père et de mère. Les orphelins bénéficiaires d'une rente doivent être âgés de moins de 14 ans (ou moins de 18 ans en cas d'apprentissage, 21 ans en cas d'études ou d'infirmité).
- 10 % pour chaque ascendant à charge à concurrence de 30 %.

107. Le total des rentes de survivants ne doit pas dépasser 85 % du salaire moyen annuel du défunt, le cas échéant, les rentes seront réduites proportionnellement. Le salaire servant de base de calcul ne peut être inférieur à 1,3 fois le SMIG. Une allocation funéraire est versée pour aider les familles à prendre en charge les frais d'enterrement. Le montant du remboursement maximum est égal à 25 % du SMIG.

1.3.1.1.3. La retraite : Invalidité, vieillesse et décès (survivants)

108. Le régime malien d'assurance pension vise l'assurance invalidité, vieillesse et survivants.

✓ Invalidité

Pour obtenir une pension d'invalidité, le travailleur doit :

- avoir accompli au moins huit ans d'assurance,
- présenter une réduction de ses capacités physiques ou mentales d'au moins 66,66 %.

109. La pension est égale à 26 % du salaire moyen mensuel des huit dernières années multiplié par la durée d'assurance majorée de 2 % par période de 12 mois pendant 120 mois maximum. Le montant de la pension ne peut excéder 80% du salaire moyen mensuel de l'assuré et ne peut pas être inférieur à 60 % du SMIG (minimum : 17.076 francs CFA).

Le montant minimum sur lequel est calculée la pension d'invalidité est égal à 2 fois le SMIG. La pension d'invalidité cesse d'être versée à partir de 53 ans et est remplacée par la pension de vieillesse d'un montant au moins égal à la pension d'invalidité.

✓ Vieillesse

110. L'assuré âgé de 58 ans et ayant accompli au moins treize années d'assurance peut prétendre à une pension de vieillesse. Celle-ci peut être liquidée à partir de 53 ans sans coefficient d'anticipation en cas de vieillesse prématurée ou avec coefficient d'anticipation si le requérant n'est pas inapte. Dans ce cas de figure, le montant sera affecté d'un abattement de 5 % par année d'anticipation.

111. Dans le cadre de l'allocation vieillesse solidarité, l'assuré âgé de 58 ans, n'ayant pas accompli treize ans d'assurance mais comptabilisé au moins six années, pourra prétendre, sous conditions de ressources disponibles, à une allocation de solidarité. Celle-ci sera versée sous forme de rente mensuelle qui est égale à 52 % du salaire mensuel moyen, soit 14.799 francs CFA.

112. Au décès d'un assuré bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, le conjoint et les orphelins peuvent prétendre à un avantage versé sous forme de pension de réversion. Dans le cas où l'assuré n'était pas titulaire d'une pension, une allocation de survivant est allouée sous forme de versement unique.

✓ Pension de survivant

113. Le conjoint ayant été marié au moins deux ans avec le défunt peut prétendre à une pension de survivant à condition que ce dernier soit bénéficiaire (ou aurait pu l'être) d'une pension de vieillesse ou d'invalidité. La pension du conjoint est égale à 50 % de celle du défunt. En cas de pluralités de veuves, la pension est répartie en parts égales. Pour chaque orphelin de moins de 14 ans (ou moins de 18 ans en cas d'apprentissage, 21 ans en cas d'études ou d'infirmité), il pourra être servi une pension égale à 10 % de celle du défunt. Le total des pensions d'orphelin ne pourra pas dépasser 50 % de la pension du défunt. Le montant de la pension d'orphelin ne peut être inférieur au montant des allocations familiales au titre du même enfant.

114. Lorsque l'assuré, au moment du décès, n'était pas titulaire d'une pension ou n'avait pas accompli au moins treize ans d'assurance, le conjoint pourra prétendre à une allocation de survivant versée en une seule fois. Elle est égale à un mois de pension à laquelle aurait eu droit le défunt par semestres d'assurance accomplis.

1.3.1.1.2. Les populations couvertes

115. La couverture de la protection sociale pour les personnels du secteur formel est assurée au Mali par deux grands organismes : la Caisse Nationale de Retraites du Mali (CNRM) et l'Institut National de Protection Sociale (INPS).

1.3.1.1.2.1. Les agents de l'administration publique

116. La Caisse Nationale de Retraite du Mali a été créée par la loi N°61-70/AN-RM, du 18 Mai 1961 abrogée et remplacée par la loi N°93-013/AN-RM du 11 février 1993. Elle est chargée de la gestion des régimes de pensions :

- des fonctionnaires, des cadres permanents des administrations et établissements publics tels qu'ils sont définis par le statut général de la Fonction Publique ;
- des fonctionnaires des communes tels que définis par la fonction communale ;
- des agents civils et militaires des forces armées de la République du Mali, des parlementaires.

117. Elle a pour missions essentielles de :

- gérer la dette viagère de l'Etat,
- percevoir les cotisations prévues,
- concéder et payer les pensions.

1.3.1.1.2.2. Les travailleurs du secteur privé formel

118. La protection sociale des travailleurs du secteur privé structuré est gérée par l'Institut National de la Prévoyance Sociale (INPS). Placé sous la tutelle du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées, l'INPS dispose de 7 directions régionales (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao). Il existe actuellement 4 Centres Médicaux Inter-entreprise (CMIE), 2 centres de protection maternelle et infantile (PMI) et un centre dentaire infantile (CDI). Créé en 1956, l'Institut a subi de nombreuses transformations et s'impose aujourd'hui comme un instrument essentiel du dispositif de protection sociale.

119. A côté de la CNRM et de l'INPS, il existe des services d'assurance que les personnes peuvent acquérir auprès d'opérateurs privés ou communautaires. Le paysage du système de protection sociale actuel accorde de plus en plus de place au secteur privé. En plus du secteur privé communautaire (à but non lucratif), il existe un secteur privé lucratif.

1.3.1.1.2.3. Le secteur informel

120. Le secteur informel est représenté au Mali par l'artisanat, l'agro-alimentaire, les petits commerçants, les taxis, les diplômés sans emplois, les mécaniciens, les coiffeurs, les couturiers, les femmes des marchés, les pêcheurs, les plombiers, les boulangers, les cordonniers, les vulgarisateurs et quelques groupements des paysans. Ces derniers sont souvent constitués, soit en coopératives, soit en tontines ou en associations ayant une vocation locale ou régionale. Ces associations aspirent à devenir des groupements à caractère national pour mieux défendre leurs intérêts et assurer une meilleure gestion de leurs affaires. Ces structures plus ou moins efficaces s'efforcent de donner à leurs membres plus ou moins de protection, constituent dans le secteur informel une sorte de palliatif d'émanation endogène.

1.3.1.1.3. Les modalités de financements

121. Au Mali, le financement du système de protection sociale est assuré par l'Etat, les collectivités locales, les bénéficiaires, les autres personnes physiques et morales et les partenaires au développement, conformément à la législation en vigueur. Les ressources sont constituées par une dotation budgétaire annuelle qui est déterminée d'un commun accord entre le ministre de tutelle et le ministre chargé des finances. Son montant figure dans la loi de finances pour l'exercice considéré et est inscrit en dépense au budget de l'Etat. Elle comprend :

- le produit des cotisations assises sur le financement des agents contractuels de l'état dont le versement est assuré par le ministre des finances
- le produit des cotisations des travailleurs indépendants
- le produit des placements des dons et legs et toutes autres ressources attribuées à l'organisme.

122. Le système de financement en vigueur est de type contributif. Les modes de financement adoptés pour la couverture des différents risques sont déterminés en fonction des prestations à payer. Les prestations à court terme sont financées selon le système de la répartition tandis que le financement de celles à long terme repose sur le principe de la capitalisation partielle ou « prime échelonnée ». Chaque branche est financée par des cotisations à la charge des salariés et des employeurs.

123. Dans tous les organismes, les cotisations sociales à l'INPS constituent la quasi-totalité des ressources. Elles sont constituées d'un principal et des pénalités liées aux infractions à la législation sociale. Ces cotisations sont assises sur l'ensemble des rémunérations perçues par les personnes assujetties, y compris les indemnités, primes, gratifications et tout autre avantage ayant un caractère de remboursement de frais. Toutefois, le montant des rémunérations servant de base de calcul des cotisations ne peut être, en aucun cas, inférieur au SMIG.

124. Au Mali, les cotisations sont assises sur des rémunérations avec des plafonds sur l'année qui varient de 70 000 FCFA à 1 600 000 FCFA. Le taux de cotisation, toutes branches confondues, se situe entre 8% et 26%. Toutes les décisions en matière de politique sociale ont d'importantes conséquences sociales et économiques, un impact considérable et durable sur les finances publiques du pays qui touche souvent plusieurs générations.

1.3.1.1.4. Financement

125. La mise en place d'un stimulus fiscal pour financer le renforcement de la protection sociale a été inscrite dans la stratégie nationale de protection sociale du Mali. Le mécanisme de l'espace fiscal permet de valoriser les stratégies de mobilisation de ressources internes afin de financer des programmes de protection sociale comme la solidarité formelle et informelle et l'innovation sur le plan de la fiscalité.

126. L'état actuel du financement de la protection sociale au Mali permet de retenir que les programmes de protection sociale sont inclus dans le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Sociale (PDDSS) qui est divisé en deux parties. La phase de cinq ans actuellement en cours (PRODESS II) a été publiée en 2004 et présente un bilan financier pour ses différents volets pour la protection sociale : renforcement de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion sociale, le renforcement de la protection sociale.

1.3.2. L'existence ou non d'un système cohérent de protection sociale

127. La faible étendue de la couverture sociale au Mali s'explique par plusieurs facteurs qui entravent le développement de la sécurité sociale.

- Le pays ne dispose pas d'une politique cohérente de protection sociale qui définirait les formes de protection à fournir aux différents groupes de la population et la manière de mobiliser les ressources pour les mettre en œuvre. La pauvreté, l'endettement et les contraintes imposées par la globalisation en seraient les principaux facteurs explicatifs.
- L'absence d'une politique cohérente en la matière favorise l'adoption de mesures fragmentaires, mal harmonisées, ce qui ne contribue guère à optimiser l'utilisation des maigres ressources pour mettre en œuvre les priorités nationales. En ce qui concerne les prestations servies et les populations couvertes, les textes de loi existants n'ont pas assez tenu compte des contraintes de l'environnement caractérisé par une grande précarité économique et la forte présence du secteur informel. Cette situation crée un grand décalage entre les politiques de sécurité sociale et les réalités sociales, culturelles et économiques.
- L'héritage de régimes initiaux mal adaptés représente une entrave au développement harmonisé du système de sécurité sociale. La routine, les droits acquis et le poids des habitudes contribuent à la rigidité et à la résistance au changement et à l'obstruction de tout progrès. En raison du manque d'intérêt ou de l'absence de politique de protection sociale, le niveau des cotisations est resté stationnaire et n'a pas suivi l'évolution économique et sociale. Il en résulte que le niveau des prestations en espèces est presque insignifiant. La mauvaise gestion (retard dans la fourniture des prestations, retard dans le recouvrement et l'enregistrement des cotisations, dans l'immatriculation des assurés, lourdeur des procédures administratives liées à l'octroi des prestations) et

la corruption qui mine certaines institutions de sécurité sociale, l'absence générale de mécanismes pour surveiller les performances sont également un obstacle au développement de la sécurité sociale.

- La globalisation et les politiques d'ajustement structurel poursuivies dans la plupart des pays en développement ont eu une influence négative sur la protection sociale. Elles ont souvent contribué à réduire le pourcentage déjà faible de la population active qui travaille dans le secteur structuré et accentuer la précarité des groupes déjà vulnérables qui ne peuvent plus cotiser aux régimes de sécurité sociale.
- Les vagues successives de programmes d'ajustement structurel ont, par ailleurs, entraîné des baisses de salaire dans le secteur public et le secteur privé, érodant d'autant la base financière des régimes légaux de sécurité sociale. En outre, ces programmes ont donné lieu à des coupes sombres dans les budgets sociaux.

1.3.3. L'analyse de la performance de la protection sociale

1.3.3.1. La gestion technique

128. Les problèmes économiques que traversent le Mali et les programmes successifs d'ajustement structurel se sont traduits par une baisse du nombre des employeurs et des travailleurs soumis aux régimes de protection sociale.

129. De même, depuis la mise en place de ces régimes, l'évolution de la couverture sociale au niveau des champs d'application personnel et matériel n'est pas très significative dans ce pays. Le système ne peut, par conséquent, bénéficier de ressources supplémentaires pouvant être générées par la création de nouveaux régimes ou l'extension de ceux qui existent à d'autres couches de la population. Toutes les mesures pour améliorer les ressources et faire face aux changements croissant des régimes qui ont tous atteint leur maturité ont été centrées sur le déflaonnement de l'assiette et/ou le relèvement du taux des cotisations.

1.3.3.2. Le recouvrement des cotisations sociales

130. Du fait que le recouvrement des cotisations sociales est basé sur un principe déclaratif, les activités s'articulent autour des obligations incombant à l'employeur, à savoir:

- s'affilier et faire immatriculer ses salariés;
- précompter la part salariale des cotisations et déterminer le montant des cotisations dues et les déclarer à l'organisme;
- s'acquitter de leur montant dans les délais requis auprès de l'organisme.

131. Ces activités sont généralement suivies, au sein de l'organisme, par les services chargés de l'immatriculation, du recouvrement des cotisations, du contentieux et contrôle. Les procédures de traitement des tâches sont en règle générale automatisées ou semi-automatisées.

132. Il faut souligner, à ce niveau, les efforts fournis par les organismes pour améliorer l'activité de recouvrement des cotisations. Le tableau qui suit présente le taux de recouvrement des cotisations sociales par branches.

Tableau 3 : taux et plafonds de cotisations en vigueur au Mali

Branches	Employeur	Travailleur	Total	Plafond
Risques professionnels	1% à 4%	-	1% à 4%	Non plafonné
Prestations familiales	8%	-	8%	
Pensions, invalidités, décès	7%	2%	9%	
Protection contre la maladie	2%	-	2%	
TOTAL	18% à 21%	2%	20% à 23%	

Source : Le recouvrement des cotisations de sécurité sociale en Afrique francophone/CIPRES/Novembre 2006

133. Ces efforts doivent être poursuivis en vue d'enrayer les dysfonctionnements persistants en termes de maîtrise des effectifs des assujettis, de respect des dispositions réglementaires et des procédures, de recouvrement amiable et forcé, de fiabilisation des comptes adhérents et, enfin, de renforcement du contrôle des employeurs.

1.3.3.3. Le service des prestations sociales

134. La population assujettie aux différents régimes de prévoyance sociale à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) est faible. Les agriculteurs qui constituent la composante la plus importante avec près de 85% et les travailleurs exerçant dans le secteur informel ne sont pas couverts.

135. Les systèmes d'indemnisation des droits des bénéficiaires sont encore fragiles. Les procédures de liquidation et de paiement des droits ne sont pas convenablement fiabilisées en raison de certaines faiblesses juridiques dans l'encadrement des droits des assurés. En effet, dans la production des pièces justifiant la prise en charge du bénéficiaire donnant droit aux prestations et des systèmes mis en place les assurés sont confrontés à des situations où la loi ne prend pas en compte la situation de vulnérabilité du bénéficiaire, ainsi il se trouve exposé aux chocs exogènes.

136. En outre, le manque d'information et les conditions d'accès aux droits pénalisent les assurés sociaux et les prestations servies sont généralement faibles. A titre d'illustration le taux des allocations familiales payées varie entre 600 à 7 000 FCFA par mois et par enfant. Les pensions servies sont faibles compte tenu des niveaux de rémunération et de plafond pratiqués au Mali. En effet, le déficit de la Caisse des Retraites du Mali a atteint un niveau si important que tout le système de protection sociale est menacé de s'effondrer. En 2004, le montant des pensions versées a atteint 25 milliards de FCFA pour des cotisations de 9,2 milliards de FCFA, soit un déficit de 15, 8 milliards de FCFA³. Les réajustements périodiques prévus par les textes ne sont généralement pas appliqués.

1.3.3.4. La gestion administrative et financière

137. La gestion des systèmes de prévoyance sociale est confiée à l'INPS et à CNRM. Chaque organisme gère une ou plusieurs branches, et en cas de pluralité de branches, chacune doit assurer son autonomie financière. Les ressources d'une branche doivent, à tout instant, permettre de couvrir les dépenses de prestations ainsi que les frais de gestion. L'objectif est d'aider à maintenir un niveau de réserves conforme aux dispositions des textes qui régissent sa gestion. Il est, par conséquent, mis en place une organisation financière et comptable qui permet le suivi de la situation active et passive ainsi que des résultats par branche.

³ Communiqué du conseil des ministres du mercredi 20 février 2008

138. En ce qui concerne les organes de gestion, les responsabilités des différents acteurs et leur positionnement sont généralement organisés dans un cadre tripartite (Etat, Employeurs et Travailleurs). La gestion quotidienne est confiée à un Conseil d'Administration et à une Direction Générale telle que indiqué dans le statut de fonctionnement de ces structures. Sur le plan administratif, des procédures de traitement des opérations insuffisamment formalisées ont pu induire des frais de gestion jugés excessifs. C'est ainsi que les charges de gestion de l'action sanitaire et sociale ont connu des dérapages au point de compromettre, parfois, les missions essentielles assignées aux deux organismes. Ce poste absorbe jusqu'à plus de 10%⁴ des cotisations recouvrées, la gestion des réserves de chaque branche a fait toutefois l'objet d'une réglementation stricte. Celle-ci est définie dans le code de la sécurité sociale, il définit les différents types de réserves à constituer et leur montant minimum, les modalités de gestion des fonds correspondants (investissements et/ou de placements, etc.).

1.3.3.5. L'exercice de la tutelle et les mécanismes de contrôle

139. L'Etat exerce ses prérogatives de tutelle à travers le ministère en charge de la prévoyance sociale et celui des finances. Dans le cadre de sa mission qui consiste à définir, ajuster et contrôler les politiques nationales de la prévoyance sociale, l'Etat du Mali opère des contrôles à priori et à posteriori sur les délibérations du Conseil d'Administration. Il dispose également d'un pouvoir de nomination des dirigeants ou d'approbation des personnes appelées à remplir certaines fonctions (Administrateurs, Directeur Général et Adjoint, Agent comptable, Contrôleur Financier, Commissaires aux comptes, etc.). Enfin, l'exercice tutélaire consiste à faire opérer des contrôles de régularité à travers les différents corps de l'Etat tels que les Inspecteurs d'Etat, la Cour des Comptes et les auditeurs externes.

⁴ CIPRES, Etude « Les systèmes de protection sociale en Afrique : Zone CIPRES » cas du Mali ;

.4.

SENEGAL

140. Le Sénégal a obtenu de bons résultats économiques au cours de la dernière décennie comparée aux autres pays de la sous région, il figure parmi les plus performants. Après une baisse de la performance économique en 2007 lors de la crise économique, le pays a retrouvé son rythme de croissance et les perspectives pour 2010-2011 semblent être positives. Le produit intérieur brut (PIB) a augmenté en moyenne de 5% entre 1996 et 2008 et des résultats positifs ont été obtenus dans la réduction de la pauvreté avec un nombre de ménage vivant sous le seuil de la pauvreté passant de 48,5% en 2002 à 42,6% en 2008⁵. Le Sénégal reste néanmoins un pays pauvre, le revenu national brut s'élève à 640 dollars US avec d'importants retards en termes d'infrastructures et de développement humain. En dépit d'une performance économique relativement solide, les zones rurales du Sénégal où réside une grande majorité des populations pauvres et vulnérables continuent d'être à la traîne en matière de développement.

141. Fort de ce constat, le gouvernement du Sénégal a élaboré en 2005 une Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) articulée au Document Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Cette stratégie vise à réduire l'impact des chocs qui menacent directement la vie des populations. Il s'agit d'aider les ménages à mieux gérer les risques et favoriser l'accès des couches les plus vulnérables de la population aux services sociaux de base. Un des objectifs de la SNPS est d'étendre les instruments de protection sociale en faisant passer le taux de couverture en assurance maladie de 20% à 50% de la population à l'horizon 2015.

1.4.1. Etat des lieux

142. La protection sociale et la gestion des risques au Sénégal sont portées par des dispositifs formels couvrant les fonctionnaires et autres salariés du secteur privé. Ils sont constitués par : la sécurité sociale (CSS, IPM, IPRES, FNR)⁶, les assurances privées et les mutuelles professionnelles complémentaires. Cependant, une grande majorité de la population, notamment les travailleurs du secteur informel, du secteur rural, les travailleurs journaliers et les catégories sociales vulnérables ne sont pas concernés par ces dispositifs formels. Ces groupes font le plus souvent recours à de multiples systèmes alternatifs et stratégies notamment :

- les systèmes d'assurances santé,
- les assurances gérées par les Institutions de Microfinance⁷ et par les coopératives⁸,
- les Mutuelles de santé communautaires⁹,
- les systèmes dits traditionnels de solidarité.

1.4.1.1. Le champ d'application

1.4.1.1.1. Les risques couverts

1.4.1.1.1.1. La santé

143. Les soins de santé courants sont assurés à l'ensemble de la population, de la manière suivante même s'il ne s'agit pas de salariés, mais plutôt d'enfants et de femmes :

⁵ DSRP II – Sénégal 2006-2010

⁶ CSS : Caisse de sécurité sociale ; IPM : Institut de prévoyance maladie ; FNR : Fonds national de retraite

⁷ Cas du MECIB, réseau Pamecas, etc.

⁸ Cas de l'Union Nationale des Coopératives Agricoles du Sénégal avec un potentiel de 800 000 adhérents

⁹ Ces mutuelles peuvent atteindre plus de 100 adhérents

- au niveau local et communautaire (villages), les postes de santé qui sont tenus par des infirmiers,
- au niveau intermédiaire, les centres de santé,
- au plan régional, des centres de santé spécialisés,
- au niveau national, on trouve les hôpitaux, services et instituts nationaux dont le C.H.U., regroupant l'hôpital Aristide Le Dantec, le Centre hospitalier De Fann, l'hôpital Albert Royer et quelques services de l'hôpital municipal Abass NDAO.

144. Le Centre de Traumatologie et d'Orthopédie de l'Hôpital Grand Yoff à Dakar avait été conçu pour améliorer la qualité des soins prodigués aux victimes des accidents et prendre en charge les sinistres survenus à domicile et les grands brûlés.

La couverture en cas de maladie n'est assurée, de façon obligatoire, que pour les salariés permanents par l'intermédiaire des Institutions de Prévoyance Maladie (I.P.M.) d'entreprises ou interentreprises. Les membres de la famille du salarié sont également protégés. Il leur est remis un livret individuel de santé.

145. Le droit aux prestations est subordonné à un délai de stage et de cotisations de deux mois. Ces institutions prennent en charge à hauteur de 40 % à 80 % les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation. Pendant la maladie, l'employeur verse une indemnité variable suivant le temps d'appartenance à l'entreprise. A noter que la couverture des soins peut être opérée d'une façon individuelle et volontaire au moyen des assurances privées.

Les salariés malades hospitalisés bénéficient des avantages suivants, en plus des prestations auxquelles ils peuvent prétendre, en vertu des dispositions légales et réglementaires en vigueur :

- une caution est versée auprès de l'établissement hospitalier pour garantir le paiement des frais d'hospitalisation du travailleur malade, non affilié à une institution de prévoyance maladie. Lorsque l'employeur agissant en sa qualité de caution aura avancé les frais d'hospitalisation, le remboursement de la quote-part à la charge du travailleur sera assuré, par retenues périodiques, après la reprise du travail ;
- une allocation d'hospitalisation est accordée dans la limite de la période d'indemnisation du travailleur malade ; elle est égale à trois fois le taux horaire du salaire de base minimum de la quatrième catégorie, par journée d'hospitalisation, pour l'ensemble des travailleurs (convention collective nationale interprofessionnelle du Sénégal).

146. Le titulaire de pension bénéficie, ainsi que les membres de sa famille, des soins de santé dans le cadre du budget d'action sanitaire et sociale de l'IPRES.

1.4.1.1.2. Les accidents du travail

147. L'assurance accidents du travail couvre les accidents survenus par le fait et à l'occasion du travail, les accidents de trajet et les maladies professionnelles désignées dans le tableau des maladies professionnelles. Pour parvenir à la prise en charge de ces accidents des formalités sont prévues pour l'employeur. Il est tenu, dès la survenue de l'accident, de faire assurer les soins de première urgence, d'aviser le médecin de l'entreprise ou, à défaut, le praticien le plus proche et éventuellement diriger la victime sur le service médical de l'entreprise.

148. La réparation accordée à la victime comprend des indemnités et la prise en charge ou le remboursement des frais liés au traitement, à la réadaptation fonctionnelle, à la rééducation professionnelle et au reclassement. Il faut noter que les textes organiques du Centre de

Traumatologie et d'Orthopédie prévoient l'acheminement obligatoire des accidentés du travail au centre de traumatologie, tout au moins ceux survenus dans les régions limitrophes.

1.4.1.1.2.1. Incapacité temporaire

149. L'indemnité journalière est payée à la victime à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail consécutif à l'accident. Elle est égale, pendant les vingt-huit premiers jours, à la moitié du salaire journalier et aux deux tiers, à compter du vingt-neuvième jour.

1.4.1.1.2.2. Incapacité permanente

150. En cas d'incapacité permanente, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie excédant 50 %.

Si l'incapacité est totale et oblige la victime à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, le montant de la rente est majoré de 40 %.

Si l'incapacité est supérieure à 10 %, ou s'il s'agit d'un accident mortel, la rente ne peut être calculée sur un salaire annuel inférieur au salaire plancher qui est actuellement de 951.424 francs CFA. Le plafond pour le calcul de la rente est de 3.805.696 francs CFA.

1.4.1.1.2.3. Décès

151. En cas d'accident suivi de mort, les ayants droit de la victime perçoivent une rente à raison de:

- 30 % du salaire annuel de la victime pour le conjoint
- 15 % du salaire annuel s'il n'y a qu'un seul enfant, 30 % s'il y en a 2, 40 % s'il y en a trois et ainsi de suite, la rente étant majorée de 10 % par enfant supplémentaire
- 10 % aux ascendants qui, au moment de l'accident, étaient à la charge de la victime.

152. L'ensemble des rentes ne doit toutefois pas dépasser 85 % du salaire annuel de référence. Si tel est le cas, il est procédé à une réduction proportionnelle pour chacun des ayants droit.

1.4.1.1.2. Les prestations familiales

153. Le droit aux prestations familiales est subordonné notamment à une activité professionnelle de trois mois consécutifs et d'un temps minimal de travail de dix-huit jours ou cent vingt heures dans le mois. Peuvent bénéficier des prestations familiales, outre les travailleurs salariés, leurs veuves, les travailleurs présentant une incapacité permanente totale à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les personnes en incapacité de travail et les chômeurs. Pour ces deux dernières catégories, les droits et la durée de maintien de droits dépendent de la durée d'affiliation préalable :

- un mois de droits maintenus, si le travailleur a effectué préalablement six mois de travail salarié ;
- deux mois de droits maintenus, si le travailleur a effectué préalablement douze mois de travail salarié ;
- six mois de droits maintenus, si le travailleur a effectué préalablement plus de douze mois d'activité salariée.

154. Les prestations dues au titre de la branche des prestations familiales sont les allocations prénatales, les allocations de maternité, les allocations familiales, les indemnités journalières de congé de maternité, les prestations en nature. Le taux de base des allocations prénatales, de maternité et des allocations familiales est fixé à 2.500F CFA par mois et par

enfant sans limitation du nombre d'enfants pour les allocations prénatales et les allocations de maternité et dans la limite de 6 enfants pour les allocations familiales.

1.4.1.1.2.1. Allocations prénatales

155. Elles sont dues à toute femme salariée dont le mari n'exerce aucune activité professionnelle ou à la conjointe d'un travailleur salarié, ainsi qu'à toute femme salariée non mariée. Si une déclaration de grossesse accompagnée d'un certificat médical est adressée à la Caisse de Sécurité Sociale dans les trois premiers mois de la grossesse, les allocations sont dues, en principe, pendant les neuf mois précédant la naissance. La femme enceinte doit passer trois visites médicales obligatoires pour bénéficier des allocations prénatales.

156. Les allocations prénatales sont payées à la mère sur présentation de volets du carnet de grossesse et à raison de deux mensualités, avant le troisième mois de grossesse, quatre vers le sixième mois et trois vers le huitième mois. Toute visite médicale non passée fait perdre le bénéfice de la fraction correspondante de prestation.

1.4.1.1.2.2. Allocations de maternité

157. Les conditions requises sont les mêmes que pour les allocations prénatales. Versées à partir de la naissance de chaque enfant viable et inscrit sur les registres de l'état civil, ces allocations sont payées à la mère sur présentation du certificat d'accouchement et des volets du carnet de maternité attestant que les visites médicales du nourrisson ont bien été effectuées (tous les deux mois pendant la première année et tous les trois mois pendant la deuxième année de l'enfant). Les modalités de liquidation sont de six mensualités à la naissance ou immédiatement après la demande, six mensualités lorsque l'enfant atteint l'âge de six mois, six mensualités lorsqu'il a douze mois, trois mensualités à l'âge de dix-huit mois et trois pour son deuxième anniversaire.

1.4.1.1.2.3. Allocations familiales

158. Les allocations familiales prennent le relais des allocations de maternité : elles sont versées à partir du second anniversaire de l'enfant et jusqu'à l'âge de quatorze ans (dix-huit ans s'il est placé en apprentissage, vingt et un ans en cas de poursuite d'études ou d'infirmité ou de maladie incurable). Le nombre d'enfants ouvrant droit aux allocations familiales est limité à six.

1.4.1.1.2.3. Indemnités journalières de congé de maternité

159. La femme salariée enceinte a droit à des indemnités journalières pendant la durée de son congé de maternité (six semaines avant l'accouchement, huit après). Celui-ci peut être prolongé de trois semaines, au maximum, en cas d'inaptitude à reprendre le travail à la suite d'une maladie consécutive à la grossesse ou aux couches.

1.4.1.1.2.4. Prestations en nature

160. Les prestations en nature sont servies dans le cadre de l'Action Sanitaire, Sociale et Familiale (P.M.I.), financées par un pourcentage prélevé sur les prestations familiales servies. Peuvent bénéficier de ces prestations, les femmes salariées, les enfants d'allocataires, les épouses de non allocataires et leurs enfants. Dans la pratique, toute la population nécessiteuse peut y prétendre. Il s'agit essentiellement de soins médicaux, de consultations, de vaccinations, de suivi alimentaire, de planification familiale, de fourniture de médicaments génériques à bas prix et d'analyses médicales.

1.4.1.1.3. La retraite

161. Pour pouvoir obtenir la pension de retraite, il faut être âgé d'au moins 55 ans, avoir cessé toute activité salariée et comptabiliser au moins 400 points de retraite. La pension peut également être liquidée par anticipation à partir de 53 ans. Le montant de l'allocation de retraite est calculé sur la base des points inscrits au compte du bénéficiaire. Les cotisations versées sont converties en points en divisant le montant de la cotisation par la valeur du point au moment du versement. La pension annuelle est calculée selon la formule suivante :

$$\text{Pension} = (\text{points de cotisations} + \text{points gratuits} - \text{points de minoration} + \text{points de majoration}) \times \text{valeur du point}$$

162. Les cadres ont droit à un régime de retraites complémentaires, institué par le Règlement n° 2 de l'I.P.R.E.S. Ce régime est identique au régime général. Cependant, le plafond de la rémunération prise en compte est trois fois plus élevé, soit 768.000 francs CFA mensuel. Il est de 256.000 francs CFA mensuel pour le régime général. L'assiette des cotisations du régime de retraite complémentaire se situe entre 256.000 francs CFA et 768.000 francs CFA par mois.

1.4.1.2. La couverture de la population et les modes de financement

1.4.1.2.1. La couverture de la population

1.4.1.2.1.1. L'administration publique

163. Le régime de sécurité sociale est géré par deux institutions placées sous la tutelle du ministre chargé du travail et de la sécurité sociale. Il s'agit de :

- **La Caisse de Sécurité Sociale**

164. Elle a le statut d'institution de prévoyance sociale et gère la branche prestations familiales, la branche prévention et réparation des accidents du travail et maladies professionnelles et toute autre branche de sécurité sociale qui pourrait lui être confiée. Elle dispose de 14 agences dont 8 établissements régionaux, deux centres de protection maternelle et infantile, une clinique modèle à Guédiawaye et une antenne du planning familial à Kolda.

- **L'Institution de Prévoyance Retraites du Sénégal (I.P.R.E.S.)**

165. Depuis le 1er janvier 1975, cette institution gère le régime national obligatoire d'assurance vieillesse intégré au régime de sécurité sociale qui remplace l'ancien régime contractuel géré par l'Institution de prévoyance et de retraites de l'Afrique Occidentale (IPRAO). Dans le cadre de son action sanitaire et sociale, l'IPRES assure pour les titulaires de pension et leurs familles ainsi que pour les veuves et leurs enfants mineurs, la prise en charge des frais hospitaliers (dans la limite de 4.000 F.CFA par jour) et des soins de base dans ses structures sanitaires.

166. Les organismes susceptibles d'intervenir en matière d'assurance maladie pour les travailleurs salariés sont :

- les institutions de prévoyance maladie (pour les travailleurs et les membres de leur famille),

- les assurances privées (affiliation individuelle),
- les centres de protection maternelle et infantile (P.M.I) appartenant soit à l'État, soit à la Caisse de Sécurité Sociale et servant d'appoint à l'action de la Santé Publique dans le cadre de l'assistance publique plus connue sous l'appellation de "soins de santé primaires",
- les centres de l'IPRES pour les titulaires de pension.

167. Les chômeurs dépendent de l'assistance publique (aide aux indigents).

1.4.1.2.1.2. Le secteur privé

168. Une bonne partie de la population (secteur informel, secteur rural, les travailleurs journaliers et les catégories sociales vulnérables) n'est pas couverte par les dispositifs formels. Ces groupes font le plus souvent recours à des systèmes alternatifs, formels ou non, gérés par le secteur privé ou communautaire :

- les assurances gérées par les institutions de micro finance comme la Mutuelle d'Épargne et de Crédit de Icotaf Boubess (MECIB) et le réseau Programme d'Appui aux Mutuelles d'Épargnes et de Crédit au Sénégal (PAMECAS) ;
- les assurances gérées par les coopératives avec l'exemple de l'Union National des Coopératives agricoles du Sénégal (UNCAS) qui a un potentiel de 800 000 adhérents,
- les mutuelles de santé communautaire
- les systèmes dits traditionnels de solidarité qui peuvent revêtir de multiples formes

1.4.1.2.2. Les modes de financement

169. Le financement est principalement assuré par des cotisations portant sur l'ensemble des rémunérations. Le montant des salaires à prendre en compte, en ce qui concerne les cotisations dues à la CSS, ne peut être inférieur au SMIG (209,10 francs CFA/heure pour les professions soumises à la durée légale hebdomadaire de travail de quarante heures et 182,95 francs CFA/heure pour les travailleurs relevant des entreprises agricoles et assimilées). Les cotisations dues à la CSS sont payées dans la limite d'un plafond fixé à 63.000 francs CFA par mois, soit 756.000 FCFA par an.

170. Les cotisations d'assurance vieillesse dues au titre du régime de base de l'IPRES sont calculées sur un salaire mensuel plafonné à 256.000 francs CFA (3.072.000 F CFA par an). Celles qui sont dues au titre du régime complémentaire de retraite des cadres sur un salaire mensuel sont plafonnées à 768.000 francs CFA par mois (9.216.000 F. CFA par an). L'assiette des cotisations du régime de retraite complémentaire se situe entre 256.000 francs CFA et 768.000 francs CFA par mois.

171. Le taux d'appel des cotisations est de 14 % pour le régime général de retraite et de 6 % pour le régime de retraite complémentaire des cadres. Les cotisations perçues sont converties en points en divisant le montant de la cotisation par le salaire de référence de l'exercice.

Tableau 4 : Taux de cotisation au Sénégal en 2009

Taux de cotisation au 1er janvier 2009				
Branches	Part employeur	Part salariale	Total	Plafond mensuel en FCFA

Prestations familiales	7%	-	7%	63 000
Accidents du travail	1, 3 ou 5%	-	1, 3 ou 5%	63 000
Maladies professionnelles	Selon les risques encourus			
Vieillesse (IPRES)	8,40%	5,60%	14%	256 000
Vieillesse complémentaire cadres	3,60%	2,40%	6%	768 000
Maladie (I.P.M.)	3%	3%	6%	63 000

Source : IPRES

172. En dehors des cotisations, d'autres sources renforcent le financement des prestations sociales. Il s'agit des dotations initiales et des subventions de l'Etat et des collectivités publiques, des dons et legs, en somme, de toutes les ressources autorisées par la loi.

1.4.2. L'analyse de la performance de la protection sociale

173. Globalement, les systèmes classiques, comme ceux alternatifs, connaissent de sérieux problèmes de performance et des limites dans leurs capacités de réponses aux besoins multiples de protection sociale et de gestion des risques. En outre, la viabilité des systèmes de protection sociale est confrontée à un certain nombre de contraintes structurelles : la confiance dans les systèmes collectifs, la transparence dans l'affectation des ressources, l'adaptation de la protection sociale aux évolutions du salariat, l'accès de tous aux progrès médicaux, les coûts toujours plus importants de la prise en charge médico-sociale, les remboursements insuffisants (en particulier le dentaire, l'optique, les prothèses auditives), etc.

174. Pour relever ces défis, diverses initiatives sectorielles ont été prises (ou sont en cours), avec l'appui des partenaires au développement pour l'élaboration de stratégies ou programmes spécifiques.

175. Ainsi, le gouvernement du Sénégal s'est engagé à appuyer deux initiatives, il s'agit de la mise en place d'un régime de protection sociale pour les travailleurs du secteur agricole à travers la Loi d'Orientation Agro-Sylvo-Pastorale et d'un régime d'assurance maladie pour les travailleurs du secteur des transports routiers. Ces projets ambitionnent de couvrir plus de cinq millions de personnes pour le régime agro-sylvo-pastoral et environ 400.000 personnes pour les travailleurs du secteur des transports routiers.

DEUXIEME PARTIE
MUTATIONS EN COURS DANS LA PROTECTION SOCIALE

2.1. Réflexion stratégique sur les éléments de doctrine

176. La Réunion des Chefs d'Agences du Système des Nations Unies (SNU) d'avril 2009 sur la Gestion de la crise mondiale a retenu la protection sociale comme l'une des neuf priorités de base. Ce qui est particulièrement innovant à ce niveau, c'est que la protection sociale n'y est plus vue comme coïncidant avec les prestations de sécurité sociale telles que passées en revue dans la première partie de ce rapport. On parle plutôt d'un socle de protection sociale qui recouvre un ensemble de transferts essentiels, de facilités et de services fondamentaux auxquels tous les citoyens devraient avoir accès. En fait, ce socle est soutenu par la nécessité d'assurer un niveau minimum essentiel des droits inclus dans les différents traités internationaux.

177. Le socle de protection sociale apparaît ainsi structuré autour de l'accès à des services de base et du bénéfice de transferts facilitant justement l'accès à ces services. Ces deux dimensions concourent solidairement à garantir à tous la jouissance des droits humains fondamentaux :

- (i) Services : disponibilité, continuité, accès géographique et financier aux services essentiels (eau, assainissement, alimentation suffisante et nutritive, santé, éducation, logement, épargne, assurance et d'autres services sociaux.)
- (ii) Transferts : accès aux services essentiels en assurant un paquet de base de transferts sociaux, en espèces ou en nature, versés aux personnes pauvres et vulnérables pour leur assurer un revenu minimum, ainsi que des moyens de subsistance ; le socle de protection sociale inclut aussi bien les transferts sociaux (mais aussi les informations, droits et politiques) en direction des enfants, des personnes actives disposant d'un revenu insuffisant et des personnes du troisième âge.

178. Les Agences du SNU s'organisent dans les différents pays dans le cadre de Groupes thématiques dédiés pour faire avancer la formulation et la mise en œuvre du socle de protection sociale. Les expériences sont analysées et documentées dans ce cadre. Un leadership national et une dynamique forte sont progressivement suscités en faveur de la protection sociale. A partir des leçons apprises, des principes directeurs commencent à être stabilisés. C'est ainsi que l'Atelier¹⁰ organisé en Mai 2010 à Ouagadougou par les Agences du SNU sur le Socle de protection social, a circonscrit comme suit les facteurs de réussite d'une stratégie d'extension de la protection sociale¹¹.

- Sensibilisation et plaidoyer
- Volonté politique
- Dialogue social et consensus national
- Processus à long terme
- Financement durable
- Efficience et maîtrise des coûts
- Innovation et créativité
- Ciblage
- Participation et éducation des bénéficiaires
- Coresponsabilité (conditionnalité, droits et obligations)

¹⁰ Cet Atelier s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative Commune du CEB (Chief Executive Board) de l'ONU contre la Crise mondiale.

¹¹ Source : Présentation de M. Louis Olivier GUERIN, du BIT : « Un socle de protection sociale ».

- Pluralisme des acteurs et des mécanismes
- Importance de la coordination et du développement des capacités
- Décentralisation
- Suivi et évaluation d'impact

179. L'Atelier a également fait ressortir les questions clés à traiter dans la formulation et la mise en œuvre d'un socle de protection sociale :

- Comment faire un diagnostic de la situation actuelle ?
- Comment identifier et chiffrer le coût des différentes options pour analyser la rentabilité, l'accessibilité financière et la durabilité ?
- Comment évaluer l'impact ex ante sur la pauvreté et/ou sur les inégalités sociales ?
- Comment évaluer et élargir l'espace budgétaire ?
- Comment faire des choix et des arbitrages, comment établir un consensus national sur des priorités claires ?
- Comment concevoir et mettre en œuvre les mécanismes et les politiques ?
- Comment mettre en place un financement durable ?
- Comment assurer le suivi et l'évaluation ?

2.2. Formulation des cadres de développement de la protection sociale

180. De la revue des cadres actuels, qui sont essentiellement des legs du système de sécurité sociale de l'ancien colonisateur qui ne se sont pas réellement adaptés aux environnements locaux, il ressort assez nettement qu'ils ont atteint leurs limites objectives. Centrés sur les travailleurs du secteur formel qui représentent une faible proportion de la population active, ils ne concernent par conséquent qu'une faible minorité de personnes. De surcroît cette minorité tend à se restreindre encore davantage du fait de la précarisation du travail formel observée un peu partout dans le monde et qui est due aux crises économiques successives. Lorsque le travail précaire se propage, ces régimes, qui ont essentiellement un profil contributif, permettent de moins en moins de prendre adéquatement en compte les personnes qui en sont concernées.

181. Dans les quatre pays ciblés dans cette étude, cette approche classique de la sécurité sociale est aujourd'hui diagnostiquée comme ne pouvant plus être le cadre d'un véritablement développement de la protection sociale. Elle apparaît le pouvoir d'autant moins que dans le même temps, à cause des crises économiques et des conjonctures nationales spécifiques faites d'échecs ou de réalisations mitigées en matière économique et de développement humain, l'insécurité socioéconomique et la pauvreté ne cessent de s'étendre. Conscients que l'écrasante majorité de leurs populations sont aujourd'hui en dehors de leurs systèmes classiques de sécurité sociale, les Etats ont depuis quelques années commencé à travailler à des solutions alternatives en termes de politiques et de stratégies globales, qui ont l'ambition d'aller au-delà des interventions palliatives parcellaires et incohérentes.

182. Le premier pas dans le sens d'un développement stratégique de la protection sociale est la définition d'une politique ou d'une stratégie nationale dans le domaine. Dans les quatre pays concernés cet exercice a été déroulé et a abouti à un document de politique ou de stratégie.

183. Le Burkina Faso a adopté depuis décembre 2001 une Stratégie nationale de protection sociale. Elle vise les objectifs suivants :

- permettre l'accès de l'ensemble de la population aux services sociaux de base ;
- fournir des revenus de substitution ;
- créer un environnement favorable au développement d'une protection complémentaire.

184. L'accès aux soins de santé ressort toutefois comme un objectif prioritaire. A cet égard, un schéma d'assurance maladie a été conçu dans l'optique d'une couverture sanitaire de base pour tous les Burkinabè d'ici à 2015. Il comporte une assurance maladie obligatoire pour les travailleurs du secteur formel, une assurance maladie volontaire au départ pour les acteurs du secteur informel urbain et rural, mais qui sera rendu obligatoire à terme, et un mécanisme d'assistance pour les populations indigentes.

185. Un cadre institutionnel est élaboré pour porter l'offre de services ainsi annoncée, composée de :

- une structure centrale dotée de la fonction d'assureur et chargée de coordonner la réalisation des études et la mise en œuvre du schéma de l'assurance maladie ;
- des structures régionales dont les missions recouvrent la gestion technique des remboursements des prestations de soins ;
- des structures spécialisées en rapport avec les différentes catégories sociales à inclure dans le schéma qui sont chargées de la gestion technique des affiliations et du recouvrement des cotisations.

186. Dans le cadre de cette stratégie, ou encadrée par elle, il se met déjà en place, à l'initiative de l'Etat et des partenaires au développement, de nombreux programmes de transferts financiers et de soutiens multiformes en direction des populations les plus pauvres. Le Burkina est également engagé dans la voie de l'assurance maladie universelle. Un projet a été adopté dans ce sens en Août 2008 avec un démarrage effectif prévu en 2011, et l'ambition de toucher 100% des cibles dans le secteur formel et 30% des acteurs dans l'économie informelle.

187. En Côte d'Ivoire, il n'a pas été adopté une stratégie formelle de protection sociale. Toutefois, le pays est engagé dans la voie de l'Assurance Maladie Universelle. Cette stratégie, centrée sur le risque lié à la santé, vise à donner à l'ensemble de la population une couverture entière vis-à-vis de ce risque. Le système est assis sur les principes suivants :

- (i) Gestion collective du risque maladie
- (ii) Affiliation obligatoire
- (iii) Couverture étendue à tous les résidents
 - Nationaux
 - Non nationaux
- (iv) Approche contributive
 - Cotisations des bénéficiaires
 - Contribution exceptionnelle de l'Etat
- (v) Deux régimes distincts:
 - Régime du secteur agricole
 - Régime des autres secteurs
- (vi) Couverture des soins de santé de base (à travers le P.M.A.) par les régimes de l'AMU
- (vii) Couverture complémentaire assurée par les mutuelles de santé et assurances privées
- (viii) Système de tiers payant, avec ticket modérateur
- (ix) Déconcentration des activités des organismes de l'AMU

188. Adoptée en 2001, l'Assurance Maladie Universelle n'est pas encore fonctionnelle dix ans plus tard, ainsi que le constat en est clairement fait dans le cadre du DSRP en cours (2009-2015).

189. Le Mali dispose d'une Politique de protection sociale adoptée depuis avril 2002. Elle vise :

- (i) l'extension de la couverture sociale (élargissement à toutes les catégories de la population)
- (ii) l'extension des services (élargissement des domaines de prestations)
- (iii) le développement de l'aide et de l'action sociale
- (iv) le développement de la mutualité et autres organisations basées sur la solidarité.

190. Sont ciblés dans ce cadre les travailleurs (en activité ou à la retraite), les fonctionnaires (civils et militaires en activité ou à la retraite), les acteurs des secteurs agricole, industriel et commercial, les catégories non salariées de certaines professions ainsi que toutes autres catégories de la population. La portion sociale accorde par ailleurs une importance de premier ordre à certaines catégories en situation difficile, notamment les personnes âgées, les personnes handicapées, les enfants et les femmes, les pupilles du Mali, les personnes sans emploi et les victimes du VIH/SIDA.

191. Le champ d'application matériel de la politique de protection sociale concerne les régimes liés à :

- (i) la maladie, la maternité, la vieillesse, l'invalidité, le décès, les accidents de travail, les maladies professionnelles, aux charges familiales, le chômage;
- (ii) l'aide pour l'accès à l'éducation
- (iii) l'aide pour l'accès à la justice;
- (iv) l'aide pour l'accès au logement
- (v) l'assistance pour l'accès à l'emploi.

192. Comme le Burkina et la Côte d'Ivoire, le Mali s'est également engagé dans la voie de l'assurance maladie universelle.

194. Le Sénégal dispose depuis 2005 d'une Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) dans le cadre du DSRP. A travers cette stratégie, le gouvernement veut réduire l'impact des chocs qui menacent directement la vie des populations en aidant les ménages à mieux gérer les risques et en favorisant l'accès des couches les plus vulnérables de la population aux services sociaux de base. La SNPS se donne comme but d'étendre les instruments de protection sociale en faisant passer le taux de couverture en assurance maladie de moins de 20% à 50% de la population à l'horizon 2015. Sont également visés dans ce cadre une offre de soins de qualité, une prévention soutenue contre les risques sociaux, une amélioration des services rendus et, à plus long terme, une extension de la protection sociale à tous.

196. Pour améliorer sa capacité à mettre en œuvre la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) multisectorielle, le gouvernement du Sénégal a décidé de l'inscrire dans l'agenda du CSR¹² (Crédit de Soutien à la Réduction de la Pauvreté), en négociation avec la

¹² Le CSR est l'instrument d'appui budgétaire de la Banque Mondiale à la mise en œuvre du DSRP

Banque Mondiale. Les programmes de protection sociale sont également internalisés dans le DSRP.

197. L'opérationnalisation de ces objectifs sera bâtie autour de cinq axes d'intervention prioritaires définis au cours du processus participatif de formulation du CSRP, à savoir :

- (i) Améliorer l'accès aux services de base des groupes vulnérables
- (ii) Augmenter l'accès aux instruments de gestion des risques et aux systèmes de protection sociale
- (iii) Améliorer le ciblage, le suivi et l'évaluation des actions dirigées vers les groupes vulnérables
- (iv) Garantir un cadre légal, équitable et adéquat aux groupes vulnérables ;
- (v) Renforcer les mécanismes de transfert direct des ressources aux groupes vulnérables
- (vi) Améliorer la capacité de réponse aux chocs et risques pour les groupes vulnérables

198. Un cadre institutionnel a par ailleurs été mis en place pour animer la mise en œuvre. Il est articulé autour des organes ci-dessous :

- (i) Comité de pilotage (CP/SNPS), composé des principaux acteurs, a la charge d'assurer le pilotage du processus pour être un cadre et un moyen d'échange. Le Comité de pilotage est présidé conjointement par le Ministre en charge du Développement Social et celui de la Fonction Publique, du Travail, de l'Emploi et des Organisations Professionnelles.
- (ii) Comité technique, dénommé « groupe de travail sur les groupes vulnérables », est déjà l'organe de conception et de suivi technique des travaux. Il assure le Secrétariat pour le compte du Comité de pilotage et se rencontre régulièrement pour superviser le processus.
- (iii) Groupes de travail par catégorie d'acteurs
- (iv) Groupes de travail thématiques
- (v) Groupe en charge de la communication est prévu. L'information et la communication sont des activités transversales qui doivent accompagner tout le processus.

199. Des quatre pays sous revue, le Sénégal est le seul qui ne se soit pas encore formellement engagé dans la voie de l'assurance maladie universelle. Toutefois, le pays a mis en place des mécanismes de couverture santé dédiés à des groupes spécifiques, comme les personnes âgées et les femmes parturientes, pour lesquels certaines interventions sont gratuites. Ces mécanismes rencontrent cependant, parfois, de problèmes de couverture budgétaires et déstabilisent d'une certaine façon le système de santé.

2.3. Intégration de la protection sociale dans les Stratégies de lutte contre la pauvreté

200. Depuis le début des années 2000, les partenaires au développement, sous l'égide du Fonds Monétaire International et de la Banque Mondiale, ont obtenu des Etats la formulation de documents cadres de mise en cohérence des stratégies de développement et de catalysation des concours financiers. Ces instruments de planification, qui entrent dans leur seconde, voire troisième (Sénégal) génération, sont devenus incontournables dans la fixation des priorités

nationales en matière d'investissement et de programmation des ressources. Aussi, toutes problématiques de développement nouvelles doivent y être fixées pour accéder véritablement aux ressources disponibles. C'est ce contexte qui fonde à aller au-delà du simple constat qu'il existe des stratégies nationales de protection sociale, pour interroger la pratique des Etats quant à la façon dont ces stratégies sont prises en charge dans les DSRP.

201. Le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP/2004-2006) du Burkina ambitionne de concilier le redressement économique et des objectifs d'accroissement des revenus des pauvres et de transferts en direction des plus démunis. Sur cette base, huit objectifs prioritaires ont été dégagés, dont les quatre premiers touchent pratiquement tous, d'une manière ou d'une autre, au développement de la protection sociale :

- (i) Réduction du déficit social
- (ii) Promotion du développement rural et de la sécurité alimentaire
- (iii) Amélioration de l'accès des populations, notamment pauvres, à l'eau potable
- (iv) Lutte contre le Sida

202. La poursuite des priorités nationales est portée par des programmes de développement structurés autour de quatre axes, dont le second vise à « garantir l'accès des pauvres aux services sociaux de base et à la protection sociale ». A l'intérieur de cet axe, les objectifs spécifiques sont précisés comme suit :

- (i) Promouvoir l'accès des pauvres aux services d'éducation
- (ii) Promouvoir l'accès des pauvres aux services de santé-nutrition
- (iii) Promouvoir l'accès des pauvres à l'eau potable et à l'assainissement
- (iv) Améliorer le cadre de vie des pauvres : l'habitat
- (v) Garantir une protection sociale aux pauvres

203. Sur le plan budgétaire, la situation des allocations de ressources basées sur les tirages prévisionnels sur l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés fait ressortir des provisions de 4,23 milliards pour la ligne « Protection sociale » du plan de financement du CSLP, contre un budget global de 84,3 milliards pour le Cadre. En termes relatifs, la protection sociale au sens strict (hors programmes déroulés dans les secteurs sociaux connexes comme l'éducation, la santé, etc.) était appelée à capter 5% des ressources PPTE affectées au financement du CSLP. Cette proportion est on ne peut plus appréciable, comparée à ce qu'elle est au Mali (3,5%) et en Côte d'Ivoire (0,23%), mais nettement plus faible qu'au Sénégal (9%).

Tableau 5 : Affectations des ressources PPTE dans le cadre du CSLP au Burkina Faso

Lignes budgétaires		2004	2005	2006	2004-2006
CSLP Global		22,7	34,1	27,5	84,3
Protection Sociale	En valeur absolue	1,14	1,71	1,38	4,23
	En % du coût du CSLP	5,02%	5,01%	5,02%	5,0%

Source : Burkina Faso, CSLP/2004-2006.

204. Le dernier Plan d'Action Prioritaire couvre la période 2008-2010. Il prend en charge, à côté d'autres priorités, les stratégies que le CSLP consacre à la protection sociale et autres secteurs sociaux en général : l'éducation de base et la santé, l'eau potable et le développement rural (y compris la sécurité alimentaire et le désenclavement), notamment. La synergie d'actions dans l'ensemble de ces secteurs devrait permettre de lutter de manière significative contre la pauvreté.

205. Le DSRP de la Côte d'Ivoire consacre à la protection sociale le chapitre 12 de la deuxième partie du document portant sur l'état des lieux. Il en ressort que le pays, malgré la ratification des conventions internationales et leur transfert dans le droit national, notamment à l'occasion de la révision constitutionnelle de 2000, la protection sociale reste portée par un dispositif encore très limité.

206. Le pays se donne comme objectifs de protéger les populations des risques sociaux et de réduire leur vulnérabilité, tout en favorisant une redistribution des richesses nationales fondées sur l'équité et le respect des droits humains. Les populations les plus vulnérables et les plus exposées au risque social sont ainsi identifiées dans le DSRP :

- (i) les handicapés
- (ii) Personnes âgées
- (iii) Femmes
- (iv) Enfants
- (v) Jeunes
- (vi) Personnes démunies

207. Sur les quatre impacts que le pays escompte à la fin du cycle du DSRP (2009-2015), le troisième, auquel correspond aussi un axe stratégique de développement, est en partie consacré à la protection sociale. Il est intitulé : « Amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services sociaux de base, préservation de l'environnement, promotion de l'égalité de genre et protection sociale » En ce qui concerne spécifiquement la protection sociale, l'objectif du Gouvernement est « l'élargissement du dispositif et l'élargissement de la couverture ». Il s'agit notamment d'étendre la protection sociale à toute la population, avec un accent particulier sur les couches les plus vulnérables au sens du paragraphe qui précède. Dans cette optique, les efforts seront articulés sur les stratégies suivantes :

- (i) Mise en place d'un dispositif de sécurité sociale efficace en vue d'assurer la prise en charge des personnes vulnérables ayant un faible pouvoir d'achat
- (ii) Insertion des personnes handicapées dans le tissu socioprofessionnel
- (iii) Prise en charge et le soutien aux personnes âgées
- (iv) Protection et la réintégration des enfants vulnérables (enfants de la rue, enfants victimes de traite, enfants victimes d'exploitation et/ou astreints à des travaux dangereux, enfants vivant avec un handicap)
- (v) Réintégration des personnes déplacées internes dans leur zones d'avant la crise
- (vi) Lutte contre tous les fléaux et comportements qui minent la vie des enfants et entravent leur épanouissement
- (vii) Renforcement institutionnel par l'accroissement du nombre de structures sociales ; (viii) la mise en place d'un dispositif visant la ratification et l'harmonisation des instruments juridiques internationaux avec les textes nationaux et leur vulgarisation ; (ix) la vulgarisation et la prise en compte du genre dans tous les programmes et projets de développement.

208. L'élargissement du dispositif de protection sociale passera par la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle (AMU), dont les lois organiques ont été votées le 9 octobre 2001, mais qui n'est toujours pas véritablement opérationnelle. Il est donc prévu un recadrage de l'AMU et de ses mécanismes de financement et de mise en œuvre. Cette réforme devrait permettre d'assurer un minimum de couverture sociale aux couches les plus vulnérables et surtout de mettre en place des systèmes de prévoyance des risques.

209. En termes d'allocations budgétaires, la protection sociale se voit affecter sur la période 2009-2015 des provisions de ressources de l'ordre 40,26 milliards de FCFA. Quelle est la signification de cette enveloppe au regard du budget global du DSRP ? Elle représente 1,13% du montage financier de la Stratégie qui se chiffre à 3553,2 milliards¹³ de FCFA. Il faut aussi préciser que la protection sociale au sens des efforts strictement déployés en direction de la vulnérabilité en termes de programmes reçoit encore beaucoup moins de ressource, soit 6,9 milliards sur les 40,26 milliards du domaine d'action dont la plus grande part va aux infrastructures de protection civile (33,4 milliards).

210. Au Mali, le positionnement de la protection sociale dans le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR/II, 2007-2011) est multiple. La partie consacrée au « Développement de l'accès aux services sociaux de base », en parle, mais à l'intérieur d'un chapitre qu'elle partage avec la santé et qui est intitulé « Santé et développement social ». A ce niveau, il est indiqué que le pays vise « l'extension progressive de la protection sociale à l'ensemble de la population ». Cette finalité est déclinée en cinq objectifs spécifiques :

- (i) Solidarité accrue en faveur des couches les plus démunies et défavorisées
- (ii) Meilleure couverture de l'ensemble de la population en matière de protection sociale
- (iii) Meilleur accès des plus démunis aux services sociaux de base et aux micros finances
- (iv) Mobilisation sociale
- (v) Promotion de la santé communautaire.

211. Dans la matrice des indicateurs de suivi des performances, en revanche, il existe un chapitre, le 13^e, consacré de manière spécifique à la protection sociale et qui d'ailleurs intitulé « Solidarité et Protection sociale ». Trois indicateurs de suivi sont rattachés au secteur à ce niveau :

- (i) Taux de scolarisation des enfants en situation difficile
- (ii) Pourcentage de la population couverte par les mutuelles de santé
- (iii) Population couverte par les institutions de sécurité sociale (INPS, CRM)

212. En termes d'allocations budgétaires, le tableau de financement de la CSLP ne comporte pas de ligne spécifiquement dédiée à la protection sociale. A côté de l'éducation, de la santé et de la sécurité alimentaire dont certaines des ressources vont selon toute logique à la protection sociale entendue au sens large, il existe une ligne intitulée « Services sociaux » et qui est dotée d'une enveloppe prévisionnelle 226,7 milliards. Si la protection sociale devait être protégée par cette dernière inscription budgétaire, elle représenterait 3,5% de la dotation provisionnelle globale de la CSLP.

213. Le Sénégal est à la fin du cycle de sa deuxième génération de DSRP (2006-2010). De la première génération (2003-2005) à celle-ci, le positionnement de la protection sociale s'est renforcé. Le premier DSRP portait un Axe sur « l'Amélioration des conditions de vie des groupes vulnérables » tout en l'intégrant dans une perspective globale. Le deuxième DSRP comprend de manière plus explicite un Axe sur « Protection sociale, prévention et gestion des risques et catastrophes ». A ce niveau, sont pris en compte les nouvelles priorités dictées par

¹³ Sénégal, DSRP/II 2006-2010, p.61

les risques et catastrophes survenues dans l'environnement ces dernières années comme le naufrage du bateau « Le Diola », les inondations, les pluies hors saison, les invasions acridiennes, etc.

214. Quatre grappes d'actions et de mesures sont posées dans comme devant concourir aux objectifs de la stratégie sur la période du DSRP :

- Réforme et renforcement des systèmes classiques de sécurité
- Extension de la protection sociale
- Prévention et gestion des risques majeurs et catastrophes
- Protection sociale des groupes vulnérables

215. Au titre de la réforme des systèmes classiques, il est envisagé de les orienter notamment vers la lutte contre l'évasion sociale, l'extension de la couverture à des services comme l'habitat social, le renouvellement des textes discriminants (surtout à l'égard des femmes). L'extension de la protection sociale, quant à elle, devait passer par le renforcement des mutuelles de santé et du système d'assurance-maladie pour en faire bénéficier la population active dans son ensemble et ses ayants droit, avec des mécanismes spéciaux pour prendre en charge les personnes vulnérables et les indigents, ainsi que les exploitants agricoles et au-delà l'ensemble des acteurs du secteur informel. Il s'agit de passer d'un ratio de couverture de 7,8% de la population totale (en 2005) à 28% en 2010, puis 50% en 2015.

216. La Prévention et la gestion des risques majeurs et catastrophes s'inscrit dans le cadre de la « Stratégie régionale africaine de prévention des catastrophes » adoptée en 2004 et s'articule autour de la mise en place d'une plateforme nationale de réduction des risques et catastrophes sous le pilotage d'un Conseil supérieur de la Prévention des Risques et Catastrophes. A cet égard, il s'agit de promouvoir la culture de prévention, de renforcer l'arsenal juridique et réglementaire et accroître l'assistance aux groupes vulnérables en cas de catastrophes.

217. Les groupes vulnérables sont le cœur même de la stratégie de protection sociale déroulée dans le DSRP :

- ✓ (i) améliorer le ciblage, le suivi et l'élaboration des actions dirigées vers les groupes vulnérables
- ✓ (ii) accroître l'accès des groupes vulnérables aux instruments de gestion des risques et aux systèmes de protection sociale
- ✗ (iii) renforcer les mécanismes de transfert direct de ressources publiques aux groupes vulnérables
- ✗ (iv) améliorer l'accès aux services sociaux pour les groupes vulnérables
- ✓ (v) assurer l'accès des groupes vulnérables aux actifs et à la pleine jouissance de leurs droits.

218. À terme, au moins 500 000 familles /an, en situation d'extrême pauvreté, devraient avoir reçu un transfert de ressources leur permettant un accès durable aux services sociaux. Des programmes spécifiques devraient avoir été exécutés au profit de groupes particuliers comme les handicapés, les femmes en situation de vulnérabilité, les enfants, les jeunes, les travailleurs atypiques, les réfugiés et rapatriés, les personnes âgées, les personnes vivant avec des maladies chroniques (VIH Sida, insuffisances rénales, Diabète, cancer, etc.) et les personnes déplacées.

219. En termes opérationnels, la situation faite à la protection sociale est loin d'être aussi confortable que pourrait le faire croire son positionnement stratégique. Cette situation est documentée ici par le cas du Sénégal, pour lequel des données existent sur 2008 quant au passage entre le DSRP II et le Budget d'investissement en termes d'inscription et d'exécution financière.

220. Le Sénégal a décliné dans son second DSRP 30 actions stratégiques assortis de 91 indicateurs de performance, dont 3 au moins devaient être systématiquement renseignés et suivis de près. Pour mettre en œuvre ces actions stratégiques, des dotations budgétaires suivantes ont été positionnées dans la programmation financière du Document.

Tableau 6 : Sénégal, Passage de la Protection sociale du DSRP au Budget en 2008 (en millions de FCFA)

N°	Actions stratégiques	Provisions dans le DSRP		Inscription budgétaire	Taux de transition DSRP-Budget	Exécution budgétaire
		VA	% du DSRP			
1.	Réforme et renforcement des systèmes classiques de sécurité	3150	0,4%	0	0%	0
2.	Extension de la protection sociale	21200	2,6%	0	0%	0
3.	Prévention et gestion des risques majeurs et catastrophes	6088	0,8%	12142	199%	12254
4.	Protection sociale des groupes vulnérables	2587	0,3%	1742	67%	1447
5.	Soutien aux personnes handicapées	2470	0,3%	800	32%	211
6.	Femmes vulnérables	12900	1,6%	4238	33%	4866
7.	Enfants vulnérables	5510	0,7%	2744	50%	1260
8.	Personnes âgées	2104	0,3%	108	5%	118
9.	Jeunes	11684	1,5%	6064	52%	2290
10.	Rapatriés et personnes déplacées	3950	0,5%	2550	65%	1578
5.	Total (1-10))	71643	8,9%	30 388	44,42	33,5%

Source : Revue DSRP/2009.

221. Le tableau ci-dessus permet de conduire une évaluation de significativité de la protection sociale. En premier lieu, il en ressort que les dix lignes d'action du DSRP directement dédiées à la protection sociale ont été budgétisées à concurrence de 71,6 milliards de FCFA en 2008, ce qui représentait près de 9% des ressources globales inscrites dans le DSRP. Lorsque l'on passe du DSRP aux ressources qui sont finalement programmées dans le budget d'investissement de l'année, la part de la protection sociale budgétairement prise en charge est de 44%. Cela veut dire que moins de la moitié des ressources que le DSRP positionne pour le secteur font effectivement l'objet d'une inscription budgétaire. Enfin lorsque l'on s'intéresse non plus aux inscriptions budgétaires mais aux ressources réellement exécutées en fin d'exercice, seulement 33,5% des provisions initialement inscrites dans le DSRP sont absorbées par la protection sociale. Au total, en termes budgétaires, la situation de la protection sociale est peu reluisante au Sénégal, pour autant que l'année sous revue soit significative de ce qui s'est passée dans le reste du cycle.

2.4. La protection sociale dans les instruments de cadrage budgétaire

222. Le cadrage budgétaire est un outil de rationalisation de la dépense publique qui aide à régler l'allocation des ressources sur la définition d'objectifs de développement bien articulés. Les processus de consultation et d'arbitrage qui le portent en font également un cadre privilégié de transparence et de bonne gouvernance financière.

223. A la suite des Stratégies de croissance de lutte contre la pauvreté, les Cadres des Dépenses à Moyen Terme (globaux et sectoriels) sont devenus, ces dernières années, des pièces essentielles dans les arsenaux budgétaires des pays en voie de développement. L'Afrique au sud du Sahara, et les pays concernés par cette revue, n'échappent pas à cette règle. La Directive 06/2009/CM/UEMOA de l'Union Economique et Monétaire de l'Ouest Africain introduit deux nouveaux outils : (i) le Document de programmation budgétaire et économique pluriannuelle (DPBEP) et (ii) le Document de programmation pluriannuelle des dépenses (DPPD). La revue des articles 52 et 53 qui les définissent précisément et respectivement fait ressortir que le DPBEP et le DPPD correspondent respectivement au CDMT global et au CDMT sectoriel.

224. Dans la mesure où les CDMT sont devenus les cadres d'allocation et de programmation des ressources, il est important d'observer quelle résonance la protection sociale y acquiert progressivement, dans son émergence comme problématique de développement majeure.

225. Le Sénégal s'est engagé dans la formulation de CDMT depuis 2006, dans le cadre de la gestion axée sur les résultats préconisée dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide publique au développement, adoptée en 2005. L'élaboration de CDMT est par ailleurs d'un enjeu important pour le pays en ce qu'il constitue une conditionnalité de l'Arrangement cadre pour les appuis budgétaires (ACAB) qu'il a signé avec ses principaux bailleurs de fonds.

226. Toutefois, c'est par palier que le pays entre progressivement dans la logique des CDMT, qui a démarré avec quatre ministères pour concerner aujourd'hui quatorze départements dont celui qui est en charge de la politique nationale de protection sociale. Le CDMT 2010-2011 est structuré ainsi qu'il suit, du point de vue de l'allocation des ressources, pour les 14 ministères inclus dans cet exercice.

Tableau 7 : La protection dans le CDMT 2010-2012 du Sénégal en millions de FCFA

Lignes budgétaires	Année			TOTAL	
	2010	2011	2012		
Total CDMT (14 Ministères)	856,64	1 358,40	1746,55	3961	
Protection sociale	En valeur absolue	14,70	14,99	15,31	45
	En % du CDMT global	1,7%	1,1%	0,9%	1,1%

Source : Ministère de l'Economie et des Finances, CDMT 2010-2012.

227. La protection sociale, au sens restrictif de la stratégie nationale de protection, c'est-à-dire en ne comptant pas les allocations budgétaires des secteurs connexes comme la santé et l'éducation de base, reçoit 45 milliards, contre un total de 3 961 milliards alloué aux 14 départements ministériels sous CDMT, pour l'ensemble du cycle du CDMT. Cela représente 1,1% du montant global du CDMT aux frontières ainsi définies.

228. On peut conclure de cette analyse budgétaire qu'en termes de programmation financière la situation de la protection sociale se dégrade lorsque l'on passe du Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté au Cadre de Dépenses à Moyen Terme. Dans le plan de financement du DSRP, la protection sociale atteignait 8,9% de l'ensemble des prévisions de ressources. Dans le CDMT, ce ratio tombe à moins de 2%, avec un dénominateur qui n'est plus le montant de toutes les ressources programmées, mais seulement la somme des budgets des 14 ministères engagés dans le processus CDMT. Si le ratio de significativité de la protection se calculait dans ce cadre par rapport aux programmations de ressources pour tous les ministères, il tendrait encore davantage vers zéro.

229. Sur le Burkina Faso, des indications budgétaires partielles issues des documents de travail de l'Atelier du Pôle Stratégies de développement et Finances publiques du PNUD, sur la Réforme de la programmation budgétaire et l'atteinte des OMD, organisé à Dakar en Novembre 2009 permettent de retracer comme suit les dotations budgétaires du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, en charge de la protection sociale.

Tableau 8 : Part du Ministère chargé de la protection sociale dans le Cadre budgétaire à moyen terme du Burkina (En milliards de FCFA)

	CBMT 2009	Loi Finances 2009	2010	2011	2012
Ministère Action sociale et Solidarité Nationale	2,763	2,763	3,059	3,407	3,757

Source : PNUD/Pôle Stratégies de développement et Finances publiques, Atelier sur la Réforme de la programmation budgétaire et l'atteinte des OMD, Novembre 2009, Dakar.

230. Le tableau ci-dessus montre des affectations budgétaires faibles en valeur absolue en ce qui concerne le département en charge de la protection sociale, à défaut de faire ressortir leur importance relative par rapport aux allocations budgétaires globales. A l'intérieur du ministère en question, les parts spécifiques et opérationnelles des programmes dédiés à la protection sociale ne ressortent pas non plus. L'on observe tout de même, en comparant la programmation du CBMT pour l'année 2009 et le budget 2009 qu'il y a cohérence stricte entre les deux. Cette situation ne se vérifie pas pour toutes les lignes de programmations, posant le problème de la crédibilité d'ensemble des cadres de dépenses à moyen terme, qui ne parviennent pas systématiquement à se traduire dans les lois de finances inscrites dans leurs cycles de programmation.

231. Le Mali a annexé un Cadre de Dépenses à Moyen Terme au CSLP 2007-2011. La nomenclature budgétaire utilisée dans ce cadre ne renferme pas d'écriture nominative sur la protection sociale. Toutefois, certaines lignes budgétaires renvoient directement ou indirectement à ce secteur, permettant par conséquent de mesurer l'effort budgétaire que le pays entend y consacrer.

Tableau 9 : la protection sociale et secteurs connexes dans le CDMT 2007-2011 du Mali (en milliards de FCFA)

		2007	2008	2009	2010	2011
Lignes budgétaires						
Allocation globale		976,602	1014,385	1075,052	1153,349	1241,745
Secteurs sociaux	En valeur absolue	36,62	38,799	38,976	41,126	43,342
	En % du CDMT	3,7%	3,8%	3,6%	3,6%	3,5%
Autres lignes impactant la protection sociale	Education de base	122,629	135,451	138,575	145,436	159,035
	Santé	65,307	70,146	72,299	79,797	87,417
	Emploi	7,876	7,698	7,045	7,996	8,785
Tous secteurs sociaux en % du CDMT		23,8%	24,9%	23,9%	23,8%	24,0%

Source : Mali, CSLP 2007-2011, Annexe II, CDMT 2007-2011.

232. La ligne intitulée « Secteurs sociaux » recouvre l'inscription « Protection sociale » du plan de financement du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (voir supra). Même si la dénomination change, les provisions financières sont les mêmes. Le CDMT confirme donc l'option du pays de consacrer environ 3,5% de ses allocations budgétaires à la protection sociale, hors financement des secteurs sociaux connexes qui contribuent aussi au développement de la protection sociale, de manière directe ou indirecte. En étendant à ceux-ci (précisément l'éducation de base, la santé et l'emploi) l'effort de prise en charge financière de la question de la protection sociale, les affectations de ressources au profit de cette dernière s'élèvent à environ 24% du cadrage budgétaire global annuel.

233. Au total le suivi des affectations de ressources à la protection sociale dans les Cadres de Dépenses à Moyen Terme, à travers les cas du Sénégal, du Burkina et du Mali, portée par des statistiques parfois incomplètes, révèle une prise en charge qui est égale ou inférieure à son niveau dans les plans de financement des DSRP. Cette analyse est par ailleurs plutôt limitée, parce que par défaut d'une information intra sectorielle désagrégée, elle ne permet pas d'appréhender la part des ressources qui va directement aux bénéficiaires en termes de programmes opérationnels dédiés. Cette partie est illustrée dans la section suivante, illustrée cette fois avec le cas du Sénégal.

2.5. Budget sociaux

234. La notion de budget social évoquée parmi les questionnements ci-dessus est l'une des notions clés que la réflexion stratégique sur la protection est en train de faire émerger. Elle est portée par la nécessité de construire une visibilité sur l'ensemble des ressources dédiées au socle de protection sociale. En effet, à l'expérience, il apparaît que les pays sont souvent le cadre de nombreuses interventions qui concourent d'une manière ou d'une autre, parfois directement, parfois indirectement, à amener des services essentiels aux populations, aux plus démunies et fragiles parmi elles. Toutefois ces interventions sont souvent éparses, dispersées entre un nombre important de secteurs. Cette situation d'éclatement empêche d'avoir une vue d'ensemble des coûts réels que la collectivité supporte pour financer le socle de protection sociale.

235. Le budget social vient justement constituer une réponse à cette situation d'éclatement. Il offre une véritable mise en perspective des ressources dédiées. Il permet ce faisant une rationalisation des choix budgétaires dans le sens de favoriser les interventions qui créent le plus d'impacts au détriment de ceux qui sont les plus onéreuses sans induire assez de valeur ajoutée.

236. Si les partenaires techniques accompagnent les Etats dans la problématique des budgets sociaux, la revue montre en ce qui concerne les quatre pays observés que les ressources dédiées continuent d'être éclatés entre les différents secteurs sociaux, les plus importants étant la santé, l'éducation et l'emploi. La situation budgétaire de ces secteurs est analysée ci-dessous pour les quatre pays. Malheureusement, du fait des niveaux de disponibilité de données qui sont différents d'un pays à l'autre, les périodes passées en revue ne coïncident pas toujours.

237. Pour le Burkina Faso, la situation des ressources allouées (2008) et projetées (2009-2010) pour les secteurs sociaux connexes à la protection sociale, est donnée dans le tableau ci-

dessous qui est une consolidation d'agrégats tirés des CDMT respectifs des deux secteurs considérés.

Tableau 10 : Situation des ressources au niveau des secteurs connexes de la protection sociale au Burkina

Secteurs	2008	2009	2010
Santé	115,8	98,1	91,6
Education de base	112,7	94,7	99,8
Santé & Education	228,546	192,8	191,4
Budget Etat	573,5	622,6	685,9
Santé& Education Bud Etat	40%	31%	28%

Sources : Burkina : CDMT/Santé 2008-2010, Version 1, 2007 ; Burkina : Budget-programme du MEBA/2009-2011, Juin 2008.

238. Le tableau ci-dessus concerne les ressources internes du budget de l'Etat. L'on observe qu'au Burkina, la santé et l'éducation de base absorbent ou prévoient d'absorber sur la période des volumes de ressources assez proches. Légèrement à l'avantage du premier secteur en 2008, la situation s'inverse relativement en 2010, dans un contexte de baisse des provisions pour tous les deux domaines. La pression budgétaire de la santé et de l'éducation (de base) sur les ressources étatiques internes connaît une nette dégradation entre 2008 et 2010, passant de 40% à 28%. Manifestement, malgré leurs engagements de ne pas ponctionner les budgets sociaux en temps de crise, les Etats ne parviennent pas toujours à tenir cette résoluement.

239. En Côte d'Ivoire, en l'absence d'un outil cadre de dépenses à moyen terme, le budget lui-même offre une idée du positionnement des secteurs sociaux dans la compétition sur les ressources nationales. En 2009, le collectif budgétaire était de 2907.6 milliards de FCFA, dont 667.6 sont allés aux secteurs sociaux du premier rang : éducation, santé, emploi, affaires sociales. En termes relatifs, ces secteurs ont attiré 23% des ressources budgétaires du pays.

240. L'analyse des ratios d'exécution budgétaire fait ressortir des pertes d'absorption assez significatives sur l'ensemble du collectif budgétaire, puisqu'à peine 85% des emplois inscrits dans la loi de finances sont en réalité liquidés. Cette situation se comprend certainement en rapport avec le contexte de crise persistante que connaît le pays. Toutefois, les secteurs sociaux semblent faire l'objet d'une attention particulière, leur taux d'exécution n'étant pas loin de 100%, à 98%

Tableau 11 : Côte d'Ivoire, part des secteurs sociaux dans le budget 2009 (en milliards FCFA).

Educ	523,5	509,2	97,3%
Santé	117,9	118,5	100,5%
Emploi	13,9	12,5	89,9%
Affaires sociales	12,3	13,4	108,9%
Total Sext sociaux	667,6	653,6	97,9%
Total Bud	2907,6	2466,4	84,8%

Source : Ministère de l'Economie et des Finances, cadrage budgétaire, Eta de réalisation à fin Décembre 2009, Côte d'Ivoire.

241. Dans le cas du Mali, les tableaux suivants montrent la répartition sectorielle des dépenses budgétaires en milliards de FCFA et en pourcentage dans les secteurs de la protection sociale :

- les secteurs sociaux ;

- la santé ;
- l'emploi.

Tableau 12 : Répartition sectorielle en valeur absolue des dépenses 2007-2011 (en milliards FCFA)

Secteur d'activité	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Education de Base	119,322	122,629	135,451	138,575	145,436	159,035
Secteurs sociaux	27,849	36,620	38,799	38,976	41,126	43,342
Santé	72,684	65,307	70,146	72,299	79,797	87,417
Emploi	7,636	7,876	7,698	7,045	7,996	8,785
SOUS TOTAL	227,491	232,432	252,094	256,895	274,355	298,579
Total du budget	935,759	976,602	1.014,385	1.075,052	1.153,349	1.241,745

Source : CSLP II/Direction Générale du Budget

Tableau 13 : Répartition sectorielle en valeur relative des dépenses 2007-2011

Secteur d'activité	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Education de Base	12,8%	12,6%	13,4%	12,9%	12,6%	12,8%
Santé	7,8%	6,7%	6,9%	6,7%	6,9%	7,0%
Emploi	0,8%	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%
Secteurs sociaux ¹⁴	3,0%	3,7%	3,8%	3,6%	3,6%	3,5%
SOUS TOTAL	24,31%	23,8%	24,9%	24,2%	23,8%	24%
Total du budget	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : CSLP II/Direction Générale du Budget

242. Il ressort des tableaux ci-dessus que le Mali consacre en moyenne un quart de ses allocations budgétaires aux secteurs sociaux au sens large. Cette part relative est assez stable depuis 2006. La plus grande partie va à l'éducation de base qui se voit affecter environ 13% de l'ensemble des ressources budgétisées. Elle est suivie de loin par la santé dont les allocations tournent autour de 7% des ressources budgétaires. La protection sociale au sens restreint vient en troisième position et capte autour de 3,5% des ressources. Les mesures de soutien à l'emploi arrivent en dernier sur ce groupe de secteurs sociaux, avec moins de 1% des ressources.

243. Dans le cas du Sénégal, l'on peut repérer comme donné dans les tableaux ci-dessous les affectations de ressources dans le budget 2010 au profit de trois secteurs clés qui impactent directement la protection sociale :

- Education
- Santé
- Solidarité nationale.

Tableau 14 : Affectations budgétaires du secteur de l'éducation (milliards de FCFA)

Secteurs	2010	2011	2012
Développement intégré de la petite enfance	0,393	0,433	0,875
Education non formelle	0,605	0,665	0,732
Elémentaire	169,2	186,1	204,7
Enseignement moyen secondaire général	34	37,4	41,1
Enseignement technique et formation professionnelle	26,2	28,9	31,7
Supérieur	86,7	95,4	104,9
Gestion administrative	9,7	8,6	8,5
Recherche scientifique	1,4	1,6	1,7
Sous-total Education	328,3	359	393,
Budget Education en % du budget total	38,3%	26,4%	22,6%

Source : CDMT 2010-2012, MEF

¹⁴ Cette ligne correspondrait à la protection sociale au sens restreint.

Tableau 15 : Affectations budgétaires du secteur de la santé en FCFA)

Sous-secteurs	2010	2011	2012
Santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent	19,8	30,5	75,3
Prévention et prise en charge de la maladie	85	89,4	259,7
Renforcement du système de santé	87	91,6	270,1
Gouvernance sanitaire	5,9	6,5	18,7
Sous-total Santé	197,9	218,2	623,8
Budget Santé en % du budget total sous CDMT	23,1%	16,1%	35,7%

Source : CDMT 2010- 2012 /MEF

244. La santé et de l'éducation font partie des premiers secteurs à être mis sous budgets programmes, ce qui a contribué à accroître, à leur niveau, la lisibilité des ressources. Sur la période 2010-2012, elles arrivent largement en tête des secteurs en termes de provisions budgétaires, tout en ayant des courbes d'évolution inverses en ce qui concerne leur part relative dans le budget sous CDMT. L'Education démarre la période à 38% des ressources budgétaires, et finit à près de 23%, tandis que la Santé passe de 23% à près de 36% du CDMT global.

245. Au-delà des ces allocations prévisionnelles qui sont de l'ordre des intentions, la pratique renseigne toutefois les contenus des lois de finances sont souvent en retrait. La passage du budget voté au budget réellement exécuté fait également ressortir un hiatus, comme cela a été montré plus haut. Les secteurs sociaux ne sont pas à l'abri de ponctions importantes de leurs ressources affectées, notamment lorsque surviennent des chocs comme la crise financière de 2008.

2.6. Programmes d'extension de la protection sociale en cours

246. Les systèmes traditionnels de sécurité sociale, en place depuis longtemps, ne parviennent toujours pas à porter l'effort qui est nécessaire à une extension significative de la protection sociale. Aussi, les évolutions dans le sens de toucher le plus grand nombre tendent à utiliser le canal des programmes opérationnels de type filets sociaux. Ces derniers, de nature non contributive pour l'essentiel, ne sont naturellement pas opposables aux régimes classiques, mais les complètent, dans le cadre d'une stratégie diversifiée de massification de la couverture sociale.

247. Les filets sociaux de sécurité sont donc des programmes de transfert non contributifs visant, sous diverses formes, l'assistance des pauvres ou des personnes vulnérables. Ils peuvent avoir les contenus suivants, tirés d'une revue d'expériences de la Banque Mondiale¹⁵ qui ne sont toutefois pas exhaustifs :

- Transferts en espèces ou bons d'alimentation, catégoriels ou soumis à des conditions de ressources, comme les allocations familiales ou les pensions sociales.
- Transferts en nature, programmes de repas scolaires ou de supplémentation destinés aux mères et enfants étant les plus courants, mais également distributions de rations alimentaires à emporter, de fournitures scolaires, d'uniformes, etc.
- Transferts monétaires ou en nature destinés aux ménages pauvres et soumis au respect de conditions spécifiques imposées en matière d'éducation ou de santé.
- Exemption de droits pour les services de base, les soins de santé, la scolarisation, les services publics ou les transports.
- Subvention des prix, souvent de la nourriture ou de l'énergie, au profit des ménages.
- Emploi dans le cadre de programmes de travaux publics à forte intensité de main d'œuvre, parfois dénommé « allocations conditionnelles ».

248. Les types d'interventions ci-dessus, répertoriés dans une publication de la Banque Mondiale intitulée citée ci-dessus sont tous pratiqués à des échelles variées dans les pays sous revue. Les subventions de prix ont longtemps été des pratiques courantes dans la région, pour amortir justement les chocs dus à des variations de cours sur le plan international et qui affectent les prix domestiques de certains produits jugés sensibles. Les réformes structurelles de libéralisation et d'ouverture des économies entreprises depuis plus d'une décennie, sous la pression des institutions internationales, ont tendu à réduire cette pratique, mais elle subsiste encore. Au Sénégal, par exemple, la vérité des prix n'est pas encore complètement pratiquée sur des produits comme l'énergie ou certaines denrées alimentaires.

249. Les interventions basées sur les subventions génériques sont traditionnellement réputées à faible efficacité en termes de coûts-bénéfices et d'impacts réels sur les populations qui mériteraient le plus d'en bénéficier. En réalité leur coût est souvent très élevé car la population générale en profite, y compris les classes moyennes qui ont la capacité de supporter la vérité des prix. Il s'épanouit même, parfois, à leur flanc, des dérives fortement préjudiciables à la communauté nationale comme lorsque des filières illicites d'exportation se développent sur des produits que les subventions rendent moins chers que dans les pays environnants.

¹⁵ Source : *Conception et mise en œuvre de filets sociaux de sécurité efficaces*, par Margaret Grosh, Carlo del Ninno, Emil Tesliuc et Azedine Ouerghi, Banque Mondiale, Washington, 2008.

250. Le caractère particulièrement onéreux, pas suffisamment efficace des subventions génériques, connaît une certaine illustration dans le cas du Sénégal. Il est ressorti des entretiens au niveau du Bureau national de l'UNICEF que cette agence estime à 1,7% du produit intérieur brut le coût de la prise en charge nutritionnelle complète des enfants de 0 à 5 ans au Sénégal. Or, rien que sur l'alimentation et l'énergie, les subventions génériques supportées par l'Etat représentent 3,5% du PIB.

251. Sur l'emploi, les programmes à haute intensité de main d'œuvre existent dans la région. Ils sont généralement portés par des Agences d'exécution de travaux d'intérêt public qui assurent pour le compte d'autres administrations sectorielles une maîtrise d'ouvrage déléguée et font appel au marché pour conduire toutes sortes de travaux qui leur sont confiés dans ce cadre. Leur approche des demandeurs d'emplois n'est pas non plus très ciblée. Généralement, ils permettent à beaucoup de jeunes de retrouver des emplois temporaires, mais ne développent pas des dispositifs particuliers pour recruter des populations ayant des caractéristiques particulières sur le marché de l'emploi. On citera toutefois, à cet égard, l'exemple de la Côte d'Ivoire qui, sur la base d'un acte souverain, a procédé au recrutement dérogatoire de 300 personnes handicapées dans la Fonction Publique en 2008. Il s'agit là d'un acte parfaitement au profit d'un groupe humain qui montre une vulnérabilité particulière.

252. Les transferts directs, en espèces ou en nature, sont donc les programmes réputés les mieux à même de toucher les groupes les plus vulnérables. Ils sont articulés sur des processus de ciblage qui concourent à minorer les erreurs d'inclusion et d'exclusion. Ils ont toutefois l'inconvénient d'induire des coûts de transaction qui peuvent être relativement importants. Ils supposent également des capacités techniques élevées, qu'il faut créer et entretenir au niveau des équipes de pilotage et qui ont un coût. Ces charges structurelles viennent minorer les ressources qui doivent parvenir in fine aux bénéficiaires. Tout le problème est aujourd'hui, entre les bailleurs de fonds et les Etats, de trouver un mécanisme adéquat pour rendre soutenables ces transferts, les ruptures entraînant forcément des regains violents de la vulnérabilité.

253. La soutenabilité de tels programmes passe par leurs intégrations aux cadres budgétaires courants des Etats. Les partenaires au développement peuvent dans un premier temps aider à financer les coûts administratifs, en attendant que le budget national absorbe progressivement cette charge. En ce qui concerne, les transferts directs aux populations ciblées, sous forme de cash ou en nature, ils ont vocation à être rapidement, voire tout de suite, inscrits dans le budget et exécutés en tant que tels. Ce n'est pas le cas pour le moment pour la plupart des programmes qui se déroulent dans la région, dans ce domaine.

254. La prise en charge des programmes d'extension de la protection sociale, à travers des filets sociaux de sécurité, peut être recherchée dans deux directions au moins, la manipulation de l'outil fiscal et la rationalisation des choix budgétaires. Manipuler l'outil fiscal peut consister à rechercher les voies et moyens d'accroître les recettes fiscales en augmentant l'assiette, ou en relevant les prélèvements par augmentation des taux et ou création de nouveaux impôts.

255. L'espace fiscal est aujourd'hui l'objet de beaucoup d'attention, dans le sens notamment de voir comment les Etats peuvent en tirer davantage de ressources, pour financer par exemple les investissements qu'appelle la réalisation des objectifs nationaux de

développement humain. Dans ce cadre, un pays comme le Sénégal a fait l'objet d'une étude de cas pour documenter une analyse du PNUD sur l'espace fiscal et les OMD¹⁶

256. Au Sénégal, comme dans la plupart des pays en voie de développement, l'assiette fiscale est restreinte au secteur formel, laissant des pans entiers de l'économie échapper à l'impôt. Il y a donc des niches à conquérir dans ce domaine. Ces nouveaux territoires de la fiscalité sont toutefois très difficiles à pénétrer parce qu'ils ressortent du domaine de l'informel, sur lequel, par définition, les outils formels ont traditionnellement peu de prise.

257. L'augmentation des prélèvements, elle aussi, rencontre rapidement des limites objectives. Elle se heurte très vite au principe que trop d'impôt tue l'impôt. A force d'accroître la pression fiscale, on pousse les contribuables à se soustraire à la fiscalité, y compris en se réfugiant dans l'informel. Par ailleurs, cette approche qui consiste à relever les prélèvements ou à lever de nouveaux impôts pose un problème d'équité fiscale et de justice sociale dans la mesure où ce sont toujours les mêmes, les contribuables du secteur formel, qui sont mis à contribution, pendant que les autres continuent à se soustraire à l'impôt.

258. Compte tenu de toutes ces difficultés qui caractérisent tout projet de manipulation de l'espace fiscal, il importe donc d'explorer la voie de la rationalisation des choix budgétaires. Il s'agit, à ce niveau, d'analyser ce qui est en train d'être financé avec les recettes disponibles, pour repérer les actions et programmes à impacts nuls ou faibles. La décision est alors prise de réorienter tout ou partie des ressources jusque là dédiées à ces interventions vers des programmes à valeur ajoutée avérée. La protection sociale pourrait bénéficier de niches financières ainsi reconstruites au cœur des budgets, qui viendraient en complément des ressources additionnelles, probablement faibles obtenues à partir de la manipulation de l'outil fiscal.

259. Les tableaux 16 et 17 ci-dessous, donnent, à titre d'illustration non exhaustive, ce qui se fait aujourd'hui au Sénégal et Burkina Faso dans le domaine des transferts directs, monétaires ou en nature. Certains de ces programmes existent dans des contenus et formes analogues dans d'autres pays de la sous-région.

¹⁶ Fiscal Space: Policy Options for Financing Human Development Edited by Rathin ROY and Antoine HEUTY, UNDP, 2009.

Tableau 16: Portefeuille de programmes de type filet social au Sénégal (liste indicative)

Institution responsable	Régime / programme	Type d'intervention	Objectif(s)	Cibles	Appui PTF	Niveau d'allocation (prestation) en espèce ou en nature	Période
BIT	Protection sociale des producteurs agricoles	Formation	améliorer les conditions de vie et de travail en milieu agricole	2 400 producteurs/productrices	BIT STEP		Juillet 2009 à Avril 2010
Association mutuelle TRANSVIE	Protection sociale des travailleurs des transports routiers et leurs familles	Appui à la mise en place et l'extension de la mutuelle sociale TRANSVIE au niveau national	Couverture assurancielle du risque maladie aux routiers et à leurs familles	Transporteurs et dépendants estimés à 400.000 personnes	BIT STEP	Micro assurance : Prise en charge à 90 % hôpital et 70% centre de santé	Depuis février 2008
Ministère de la Santé	Extension de la Protection sociale des populations de l'économie informelle	Actions conjointes avec ministère de la santé projet PAMAS de la Belgique	Professionnaliser les mutuelles de santé et appuyer les systèmes innovants	Env. 44.500 bénéficiaires (économie informelle et monde rural)	BIT STEP	Micro assurance : couverture des dépenses de soins, niveaux primaire et secondaire	Depuis Janvier 2009
Ministère de la Santé	Protection sociale des populations de l'économie informelle	Renforcement des capacités des mutuelles de santé et système d'information	Améliorer la gestion technique des mutuelles de santé	Env. 50.000 bénéficiaires (économie informelle et monde rural)	BIT STEP	Micro assurance : couverture des dépenses de soins, niveaux primaire et secondaire	Depuis 2008
Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM)	Nutrition Ciblée sur l'Enfant et Transferts Sociaux (NETS)	Transfert monétaire	Réduction d'insécurité alimentaire et nutritionnelle des populations vulnérables (enfants moins de 5 ans)	50000 mères Mères ayant l'enfant âgé de 0-5ans	Banque Mondiale	14000FCFA/2 mois	Novembre 2009-6mois
Conseil National de Lutte contre le Sida(CNLS)	Projet d'appui à la scolarisation des OEV	Bourse scolaire	Soutenir la scolarisation et/ou formation professionnelle de 5000 OEV	Enfant de 2 à 18 ans de milieu défavorisé	Banque Mondiale	Variable selon le niveau scolaire ou la classe (Maternel : 108000 F CFA, CP1-2 : 125000 FCFA, CMI-2 : 135000FCFA, 6 ^{ème} à 3 ^{ème} : 145000 FCFA, 2 ^{de} à 1 ^{re} : 165 000 f CFA) Formation professionnelle	2008-opérationnel en janvier 2009

						(2ans) :280 000 f CFA)	
New/Com Sénégal	Protection sociales des Ménages vulnérables à l'insécurité alimentaire	Transfert monétaire inconditionnel (bons d'achat alimentaire)	Protéger les moyens de subsistance des ménages pauvres et en insécurité alimentaires	Environ 10 000 ménages à Pikine et 7500 ménages à Ziguinchor	PAM	Bons d'une valeur de 3000F par bénéficiaire avec un maxi de 6 bons par ménage/6mois	2010
Ministère de l'Education/ DCS/ ANCTP/ ONGs Caritas et Kinkéliba	Programme Cantines Scolaires	Alimentation scolaire quotidienne par la distribution d'un plat chaud aux élèves du préscolaire et de l'élémentaire, dans les zones rurales et périurbaines des régions ciblées.	Assurer une alimentation régulière aux élèves et favoriser la scolarisation universelle de base de qualité.	589 721 élèves dans les zones vulnérables identifiées lors de l'enquête VAM (2005) et des enquêtes de sécurité alimentaire en situation d'urgence (ESASU, 2008) ; de sécurité alimentaire en milieu urbain et de nutrition « SMART ».	PAM	Un repas chaud par jour Ration par élève de 120g de céréale, 30g de légumineuse, 20g d'huile végétale et 5g de sel iodé L'administration d'un médicament (mébendazole) par élève et en deux fois	Programme Pays : 2007- 2011 IPSR : 2008- 2010
Ministère de L'Education/ DCMS	Programme Cantines Scolaires	Programme Déparasitage dans les écoles élémentaires des régions ciblées.		300.000 élèves avec les 600.000 médicaments (mébendazole reçus de la Fondation Bill Clinton) à administrer en deux tranches (mai -novembre 2010)	PAM		Programme Pays : 2007- 2011 (Mai – Nov 2010) IPSR : 2008- 2010 (Mai – Nov 2010)

Source : Sénégal, Groupe de travail inter Agence sur la Protection sociale, Avril 2010.

260. A ces projets spécifiques appuyés par les partenaires, il faut ajouter des initiatives gouvernementales de politique sociale ciblant aussi bien la protection sociale de catégories jugées vulnérables, ou se situant à des périodes critiques qui nécessitent des concours spécifiques. Le « Plan Sésame » lancé par le Chef de l'Etat Sénégalais en Avril 2006, entre ce cadre et vise à « *accorder les médicaments gratuits aux personnes âgées* »¹. Celles-ci représentent 7% de la population du Sénégal soit un effectif de 750 000 individus environ.

261. Le nombre de personnes âgées prises en charge par l'I.P.R.E.S. et le F.N.R. tourne autour de 30% de l'effectif de 750 000 et les 70% restantes ne bénéficiaient d'aucune prise en charge. Le nouveau Plan devait permettre aux laissés pour compte de ce groupe d'âge de bénéficier de soins gratuits dans les hôpitaux, centres et postes de santé sélectionnés sur l'ensemble du territoire nationale. En termes de mise en œuvre, le Plan Sésame est toutefois venu précariser davantage la situation financière des structures sanitaires, puisque la subvention de couverture de l'Etat tarde à être encaissée et déstabilise les budgets concernés.

262. La gratuité des accouchements est une initiative similaire. Le constat du taux élevé de mortalité maternelle et néonatale qui est l'ordre de 401 décès pour 100 000 naissances vivantes a conduit les autorités sénégalaises à rendre gratuite la prise en charge des accouchements afin de pousser les femmes en état de grossesse de fréquenter les structures de santé et éviter les accouchements à domicile qui sont souvent néfastes aux nouveaux nés.

263. A côté du plan sésame et de la gratuité des accouchements et des césariennes, beaucoup d'autres soins sont gratuits ou subventionnés par l'Etat. Il s'agit généralement de maladies dont les soins sont coûteux comme le SIDA, l'insuffisance rénale, etc.

264. Le Burkina est également en train de mettre en œuvre des programmes de filets de sociaux non contributifs, destinés à des populations spécifiques frappées par une vulnérabilité particulière. Ces initiatives supportées par la communauté des bailleurs de fonds couvrent notamment l'alimentation, la santé et l'éducation, l'emploi, l'accès à des facteurs clés comme l'énergie et les produits de consommation de masse. Des transferts monétaires sont également initiés en direction des orphelins et autres enfants vulnérables.

Tableau 17 : Principaux programmes de filets sociaux exécutés au Burkina 2004-2009

Programmes (Nombre recensé)	Partenaires	Type et nombre de bénéficiaires
Ventes à prix réduit	SONAGES, CONASUR	Populations des zones en insécurité alimentaire ; 18 400 ménages en 2008
Distributions	CRS	Personnes vulnérables comme les PVVIH, les vieilles personnes
Vivres contre Education/Infrastructures	PAM	30.800 femmes et 31.400 hommes dans 18 provinces
Nutrition	ONG, UNICEF, PAM, FAO, Min Santé	Groupes vulnérables
Cantines scolaires	MEBA, MESSRS, PAM, CRS	Tous les élèves des écoles bénéficiaires ; en principe toutes les écoles publiques sont des bénéficiaires potentiels

¹ Discours Présidentiel du 03 Avril 2006.

Subventions généralisées	MEF	Consommateurs de produits pétroliers et de certains produits alimentaires consommés surtout dans les grandes villes
Transferts monétaires	CNLS	Les OEV et leurs ménages dans les provinces du Nahouri et du Sanmatenga ; 3250 ménages bénéficiaires
Coupons alimentaires	PAM, CRS MASSN, BRC	195 .000 personnes pauvres dans les villes de Ouagadougou et Bobo
Exemptions des frais de santé	ONG Min. Santé, FNS	Femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, indigents, PVVIH
Travaux publics	HELVETAS/MI D	Populations de 4 provinces de la région de l'Est

Source : Revue des filets sociaux de sécurité au Burkina Faso : Inventaire et analyse des programmes et filets sociaux existants, Banque Mondiale, Unicef, Rapport préliminaire mars 2010.

265. A côté de ces programmes ciblés le gouvernement développe aussi des mécanismes de soutien de plus grande extension dans les domaines l'éducation et de la santé.

Education

- Réduction des frais de scolarité pour favoriser l'accès des filles aux cours primaires afin de réduire la disparité entre filles et garçons ;
- Distribution de manuels scolaires pour tous les élèves des écoles primaires publiques et privées afin d'améliorer la qualité de l'éducation et diminuer la charge pour les ménages ;
- Offre de bourses scolaires pour les élèves les plus démunis ;

Santé

- Subvention, à partir de 2006, à 80% des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pour tous, et à 100% pour les femmes indigentes (pour un coût total de 30 milliards de FCFA sur la période 2006-2015
- Gratuité du traitement de la méningite et de la rougeole en cas d'épidémie, et du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans
- Gratuité des consultations préventives pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

266. Comme indiqué précédemment dans le cas du Sénégal, ces initiatives gouvernementales se heurtent elles aussi, parfois, à des problèmes de soutenabilité financière.

267. Enfin, les stratégies d'extension de la protection sociale s'appuient également sur la micro assurance santé qui occupe une place de plus en plus importante en Afrique. L'accès aux soins de santé est l'un des plus problèmes les aigus rencontrés par les populations pauvres et précaires en Afrique. La micro assurance maladie se veut une réponse communautaire à cette problématique. Une étude¹ couvrant onze pays de l'Afrique francophone faisait ressortir l'existence de 622 organismes de micro assurance maladie.

268. Ces systèmes mutualistes communautaires montrent un certain nombre de caractéristiques dont les plus saillantes sont :

¹ Citée dans «Protéger les plus démunis, Guide de la micro assurance », Organisation Internationale du Travail et Fondation Munich Re, sous la direction de Craig Churchill, 2009.

- Objectif fondamental spécifique d'amélioration de l'accès aux soins de santé par la mutualisation des risques et des ressources
- Objectif global de promotion de la solidarité et de la cohésion sociale
- Modèle institutionnel de type organisation à but non lucratif
- Sociétariat ou participation basés, au départ, sur le principe des groupes homogènes, c'est-à-dire partageant des attributs communs
- Adhésions volontaires
- Membres à la fois propriétaires et bénéficiaires
- Prises de décisions participatives
- Extension potentielle des services au-delà de l'assurance santé

269. La micro assurance de santé est donc fondamentalement basée sur le principe de répartir les risques financiers liés à la santé grâce à la mise en commun des ressources. C'est sous ce rapport qu'elle est réputée mobiliser un vrai levier d'assurance. Mais elle a aussi ceci de particulier que les organisations qui la portent ne sont pas centrées sur le profit. Il en résulte que les membres ne sont pas choisis ou traités en fonction de leurs profils de risque individuels. Les coûts résiduels d'accès aux services sont égaux pour tous, conformément au principe de solidarité essentiel dans ces cadres. Les organisations de micro assurance sont d'initiative communautaire, même si elle sont de plus en plus soutenues dans le cadre des stratégies de développement du secteur financés impulsés par les Etats et les partenaires techniques et financiers.

270. La micro assurance santé se développe donc dans la région et se positionne elle aussi comme voie alternative dans le cadre des stratégies d'extension de la protection. Le Bureau International du Travail appuie les Etats dans la promotion de cette approche qui reste contributive. Il s'agit notamment d'aider le sous-secteur à mieux se structurer et à se renforcer d'un point de vue institutionnel et des capacités techniques et stratégiques, ce qui est un gage de viabilité et un préalable à une bonne mobilisation de ressources.

CONCLUSION

1. Eléments de synthèse

271. La revue des systèmes classiques de protection sociale montre leurs limites réelles. Au Burkina Faso, le diagnostic fait dans le cadre de la préparation de la nouvelle loi N° 015-2006/AN du 11 mai 2006 portant régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs salariés et assimilés au Burkina Faso, faisait ressortir un taux de couverture de seulement 3% de la population. Les secteurs de l'agriculture, de l'élevage et de l'informel (environ 97%) ne bénéficiaient formellement d'aucune protection, mis à part des recours alternatifs dans le cadre de réseaux mutualistes communautaires. La situation n'a pas beaucoup évolué de ce point de vue depuis l'adoption de la loi.

272. Au Sénégal, selon le DSRP II, les dispositifs formels existants, basés sur la couverture des fonctionnaires et autres salariés (constitués par la sécurité sociale (CSS, IPM, IPRES, FNR, les assurances privées, les mutuelles professionnelles complémentaires) couvrent moins de 15% de la population. Le même diagnostic est fait en Côte d'Ivoire dans le cadre du DSRP courant et indique que seulement 10% de la population est touchée par l'infrastructure formelle de protection sociale.

273. Au Mali, sans toucher à un ratio de couverture consolidé, le diagnostic fait de la situation de la couverture dans le cadre de la Déclaration de Politique nationale de protection sociale fait ressortir une emprise non moins faible des organismes formels de sécurité sociale sur la population :

Tableau 18 : Taux de couverture spécifiques au Mali

Catégories de populations ciblées	Effectifs couverts
Fonctionnaires (et familles)	194.876 (environ 1,78 %)
Militaires et assimilés (et familles)	75.329 (environ 0,68 %)
Travailleurs (et familles)	1.017.388 (environ 9,31 %)
-Personnes âgées	614.760 (environ 5,64 %)
-Retraités (fonctionnaires civils et militaires + travailleurs)	67.689 (environ 0,61 %)
Indigents	546.800 (environ 5 %)
Adhérents volontaires à la mutualité	34.000 (environ 0,31 %)
Souscripteurs aux Assurances Privées	Non déterminés

Source: Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale, avril 2002

274. Dans ce contexte, des stratégies alternatives d'extension de la protection sociale s'imposent aux Etats, appuyés par leurs partenaires techniques et financiers. Dans cette optique, il est ressorti de la revue que les Etats s'engagent dans l'ensemble dans la formulation d'une politique de protection sociale. Cet outil existe au Burkina, au Mali et au Sénégal, seule la Côte d'Ivoire n'a pas formellement adopté un document de politique dans ce domaine. Mais, le pays n'est pas, pour autant, en reste dans ce domaine, quant au fond. Dès 2001, il a en effet adopté une loi portant sur l'Assurance Maladie Universelle, qui reste il est vrai non opérationnelle au jour d'aujourd'hui.

275. Ces outils de promotion et d'extension de la protection sociale ont aussi, dans l'ensemble, une certaine visibilité dans les documents stratégiques de réduction de la

pauvreté et subséquemment dans les outils budgétaires en gestation que sont les cadres de dépenses à moyen terme.

2. Recommandations

- (i) Consolidation des systèmes classiques existants par des mesures de lutte contre l'évasion sociale : alors que les systèmes traditionnels sont conçus pour délivrer aux travailleurs du secteur formel un minimum de protection, ils n'y parviennent pas à cause, en partie du fait que de nombreux employeurs ne déclarent pas leurs travailleurs ou ne mandatent pas les cotisations dues aux organismes sociaux. A travers ce phénomène, qui s'amplifie à la faveur des crises, c'est comme l'informel qui s'incruste au cœur du secteur formel. Il est donc urgent d'appliquer la réglementation en la manière, qui existe, en donnant aux systèmes, à travers ses corps de contrôle, les moyens de traquer cette évasion sociale.
- (ii) Extension de la couverture aux travailleurs du secteur non structuré par des régimes semi-contributifs où l'Etat apportera une partie des contributions, l'autre, allégée, étant laissée à la charge des intéressés ; ce dispositif pourrait passer par la micro assurance santé ou par la création de départements ad hoc dans les organismes formels traditionnels.
- (iii) Extension de la couverture aux populations vulnérables à travers une approche non contributive portée par des filets de sociaux utilisant les transferts en numéraire et en nature. Ces filets devront se baser sur des ciblage performants en mesure de minorer à la fois les erreurs d'inclusion et d'exclusion.
- (iv) Incrire tous les programmes d'extension dans la programmation budgétaire des Etats, de sorte à en garantir la pérennité. Les ruptures de services, qui viendraient forcément de solutions non pérennes, induiraient des regains de vulnérabilité autrement plus dommageables que les situations de référence ;
- (v) Asseoir la pérennisation des stratégies d'extension sur la consolidation de l'espace fiscal. Celle-ci sera recherchée, à titre principal, à travers la rationalisation des choix budgétaires dans le sens de réaffecter des ressources d'emplois à valeur ajoutée économique et sociale nulle ou faible vers des programmes de plus grand impact. Cette redistribution des ressources est plus viable qu'une augmentation systématique des recettes fiscales par l'augmentation des prélèvements qui peut avoir pour effet non désiré de repousser encore certains contribuables vers le secteur informel.
- (vi) Améliorer la lisibilité des investissements en protection sociale par la reconstitution ou l'élaboration de budgets sociaux, qui construisent des socles cohérents donnant de la continuité stratégique aux différentes interventions

sectorielles dans le domaine. Cette lisibilité passe aussi par l'amélioration de l'internalisation de la protection sociale dans les outils de planification et de programmation que sont les DSRP et les CDMT.

- (vii) Impliquer les Ministères chargés des Finances et de la Planification dans la formulation et la gestion des politiques de protection sociale. Il est manifeste que ces départements ont des poids prééminents dans l'allocation des ressources et dans le choix des programmes présentés aux bailleurs de fonds pour mise à dispositions de ressources additionnelles spécifiques. Sans leur adhésion aux politiques et stratégies de protection sociale, celles-ci disposeront difficilement des moyens nécessaires à leur mise en œuvre à l'échelle.
- (viii) Impliquer les parlementaires et les milieux politiques dans les politiques de protection sociale. Cette diffusion de la protection sociale dans la sphère politique contribuera à la rendre plus robuste. Il s'agit d'amener les politiques à mieux percevoir les enjeux de la protection sociale et à prendre à cet égard, vis-à-vis des citoyens, des engagements clairs et résolus comme ils le font par exemple sur l'emploi, la croissance, l'éducation, la santé, le logement, etc., engagements que les populations se chargeront d'évaluer le moment venu. En d'autres termes, la maturation des stratégies de protection sociale passe aussi par des élus qui prennent qui s'engagement dans ce domaine en sachant qu'ils seront politiquement jugés, entre autres, sur les résultats obtenus dans ce cadre.
- (ix) Prise par les Etats du leadership dans la mise en œuvre de cette chaîne de recommandations, les partenaires financiers et techniques devant jouer des rôle d'accompagnement. Ce leadership ne doit toutefois pas empêcher les Etats de dérouler dûment des consultations de qualité et de susciter la participation. La viabilité des dynamiques d'expansion de la protection sociale est à ce prix.
- (x) Intégration par les partenaires au développement d'une discipline de coopération basée sur un accompagnement des orientations des Etats en matière de protection, ou un effort pour comprendre leur soubassement et tirer des leçons à utiliser ailleurs au besoin. Même si les choix opérés par les gouvernements ne sont pas partagés, le premier réflexe des partenaires devrait être, de manière stratégique, d'essayer de comprendre ce qui est à la base de ces choix : manque de capacités ailleurs, manque de ressources, manque de volonté politique ? Il s'agit préciser d'identifier les facteurs d'entraînement et les soubassement des choix politiques pour mieux les utiliser par la suite dans des stratégies partagées viables, au lieu de programmes séparés fortement connotés par les bailleurs de fonds et donc non pérennes.

ANNEXES

1. Personnes rencontrées

- El Hadji FALL, PNUD/Technical Adviser, The Pole-Development Strategies & Public Finance, Regional Center Dakar, UNDP
- Louis FROTA, BIT/Bureau régional de Dakar
- Olivier LOUIS GUERIN, STEP/BIT, Dakar
- Couty FALL, PNUD/, Regional Coordinator, Programme for Social Cohesion and Youth Employment in Sub Saharan Africa, Regional Centre Dakar
- Dakar
- Mame Atou FAYE, Expert d'appui, Ministère chargé de la protection sociale, Sénégal
- Rémy PIGOIS, UNICEF/Bureau national, Dakar
- Hervé Kra KOUADIO, Direction de la Protection sociale, République de Côte d'Ivoire
- Emmanuel IBO, Présidence de la République, Cadre de Gestion de l'Assurance Maladie Universelle, République de Côte d'Ivoire.
- Hamidou BAKHAYOKA, Sous-Directeur de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire, République du Mali
- Adama BARRY, Analyste des systèmes de développement humain dans le cadre de la Stratégie nationale de réduction de la pauvreté, République du Mali.

2. Bibliographie

2.1. Burkina Faso

- Revue des filets sociaux de sécurité au Burkina Faso : Inventaire et analyse des programmes et filets sociaux existants, Banque Mondiale, Unicef, Rapport préliminaire mars 2010.
- Budget programme 2009-2011 du Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation, Burkina Faso, 2008.
- Cadre des Dépenses à Moyen Terme 2008-2010 du Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation, Burkina, 2007.
- Cadre des Dépenses à Moyen Terme du secteur de la Santé 2008-2010, Burkina Faso, 2007.
- Dieudonné OUEDRAOCO Coordonnateur Régional du Réseau RPS/AOC ; Rapport de fin de projet de la phase 2 du réseau de recherche sur les politiques sociales en Afrique de l'ouest et du centre, Dakar, Février 2001.
- Souleymane SOULAMA et Jean Baptiste ZETT, Rapport provisoire du diagnostic des dispositifs de protection sociale au Burkina Faso, Laboratoire d'Economie Publique Sociale et Solidaire (LEPSS) CEDRES, UFR/SEG Université de Ouagadougou ; Octobre 2008.
- El Housseynou Ly et al. ; Rapport du diagnostic des politiques sociales au Sénégal, Études et Travaux du Réseau RPS/AOC N° 1 mars 1999.
- Mamadou Sissoko et al. ; La protection sociale au Burkina Faso, Éléments pour un plan d'action en vue d'une gestion prospective, Études et Travaux du Réseau RPS/AOC N° 1 mai 1999.

- Présentation Stratégie Nationale de Protection Sociale du Burkina Faso ; Forum sur la Protection Sociale Helsinki, Finlande, 7-9 juin 2004
- DSRP Burkina Faso 2004-2006
- Oxford Policy Management and Unicef « Les enfants, les DSRP et les dépenses publiques au Burkina Faso » ; Février 2009
- Programme d'Actions Prioritaires du CSLP 2008-2010, Ministère de l'Economie et des Finance, Burkina Fasa, 2007.
- Code du travail Burkina Faso
- Code de la sécurité sociale Burkina Faso

2.2. Cote d'Ivoire :

- Cadre budgétaire : Etat de réalisation à fin 2009, Ministère de l'Economie et des Finances, Côte d'Ivoire, 2009.
- Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (Rapport provisoire) 2009-2013
- Francis Akidès ; Institut de recherche des Nations Unies pour le Développement social ; « Dynamique de la politique sociale en Côte d'Ivoire » ; Juillet 2001
- La couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire « colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique Francophone » ; WBI-IMA, Paris, 26-30 avril 2004
- Les principaux axes de la réforme du financement en Côte d'Ivoire : le recouvrement des couts des actes de santé et de l'assurance maladie autofinancée « Jean Pierre SEREY »
- « Les systèmes de couverture obligatoires des salariés et des fonctionnaires et les réformes en vue de la couverture universelle par l'Assurance Maladie Obligatoire : cas de la Côte d'Ivoire » Pr.OUEGNIN Georges Armand ; Colloque CNAM-Paris, 2004
- Overseas Development Institute ; « Renforcer la protection sociale pour les enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre », Février 2009

2.3. Mali :

- L'Universalisation de la protection sociale et l'encadrement du secteur informel au Mali : Libre propos d'un juriste du droit social, article paru dans la revue « Malilex », 2006.
- Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale au Mali ; adopté de Conseil des Ministres en Avril 2002.
- Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté 2^{ème} génération : période 2007-2015 ; adopté de Conseil des Ministres en Novembre 2006.
- Johan Verstraeten ; Rapport du colloque des directeurs d'institutions de sécurité sociale des pays francophones d'Afrique « l'extension de la sécurité sociale aux populations non couvertes » Cameroun Janvier 2004.
- Marius Olivier ; Rapport de la Conférence régionale de l'AISS pour l'Afrique Lusaka, L'attitude vis-à-vis de la sécurité sociale en Afrique ; Zambie, 9-12 août 2005
- Rapport de la Conférence internationale de recherche en sécurité sociale an 2000 La sécurité sociale dans le village global" thème : La sécurité sociale et le secteur informel ; Helsinki, 25-27 septembre 2000
- Overseas Development Institute ; « La protection sociale et les enfants en Afrique de l'Ouest et du centre : cas du Mali » République du Mali ; Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées ; Février 2009
- Ministère du développement social et de la solidarité et des personnes âgées/ Institut national de prévoyance Sociale ; Rapport annuel d'activités 2007

- Aly CISSE ; « Systèmes communautaires pour assurer la couverture sociale des migrants et leurs familles » ; Atelier Cadre de Concertation Nationale sur la Migration Légale de Main d'œuvre : Bamako, 18-20 Mai 2009
- Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) ; « Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique » ; Novembre 2003

2.4. SENEGAL

- Evaluation des initiatives de subvention et du fonds social, Oumar NDIAYE et Edouard J.G. DIEME, Ministère de la Santé, 2007.
- Rapport annuel de la Banque Mondiale « Perspectives régionales » ; Banque Mondiale, 2002
- Barbone L. et Sanchez L.B. « Les régimes de pensions et de sécurité sociale en Afrique subsaharienne problèmes et solutions possibles » dans sécurité sociale en Afrique : nouvelles réalités; 2000
- Reynaud E. ; Protection sociale pour tous, B.I.T., article 3, Novembre 2006
- Stratégie d'extension de l'assurance maladie au Sénégal, Présentation de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
- Plan stratégique de développement des mutuelles de santé, Dakar : CAFS/P, juillet 2004
- République du Sénégal : S.N.P.S, D.S.R.P.II ; 2006-2010
- Unicef ; « La protection sociale des enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre : Etude de cas du Sénégal »
- Birane THIAM, Diagnostic de la protection sociale au Sénégal, 2009

2.5. Autres documents

- Social protection in Africa: Where next ?, by the Centre for Social Protection (CSP) at the Institute of Development Studies (IDS), the Social Protection Programme at the Overseas Development Institute (ODI), the School of International Development at the University of East Anglia (UEA-DEV), and the Regional Hunger & Vulnerability Programme (RHVP), June 2010.
- Rathin Roy and Antoine Heuty, Fiscal space: Policy options for Financing Human Development, UNDP, 2009.
- Association Internationale de la Sécurité Sociale ; « Une sécurité sociale dynamique pour l'Afrique: étendre la protection sociale pour le développement » ; 2008
- International Labour Office, Geneva; "Social security: A new consensus"; 2001
- Emmanuel Reynaud; " L'extension de la couverture de la sécurité sociale : la démarche du Bureau international du Travail" ; 2003
- International Labour Office « Social Health Protection an ILO strategy towards universal access to health care » ; 2008
- Seyni Garanke ; Secrétaire permanent de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES) ; Colloque des directeurs d'institutions de sécurité sociale des pays francophones d'Afrique : « Le recouvrement des cotisations de sécurité sociale en Afrique francophone La gestion du recouvrement dans les organismes de prévoyance sociale des Etats membres de la CIPRES » ; Antananarivo, Madagascar, 6-10 novembre 2006

2.6. Etudes en cours/finalisées sur la protection sociale au Sénégal

Agence	Type	Theme	Titre	Année planifiée - Année finalisée	Statut	Partenaires du gouvernement impliqués	Mode de disponibilité du rapport
BIT/STEP	Etude	Mutuelle santé	Etude de Faisabilité et Plan de développement du Régime Agro Sylvio Pastoral	2007	Finalisé	Ministère Agriculture	http://www.cncr.org/IMG/doc/Plan_de_D_veloppement_sept_07.doc
BIT	Etude	Financement de la Protection Sociale et Impact sur la Pauvreté	Le Budget Social du Sénégal	2009-2010	En cours	Ministère du Travail, Finances, Santé, Famille,...	Publication, Fichier Excel de données et Rapport PDF
BIT	Etude	Protection Sociale des Migrants	Protection Sociale des travailleurs migrants sénégalais et de leurs familles : Diagnostic et recommandations	2010	Finalisé	Ministère des Sénégalais de l'étranger	Publication, PDF
BIT	Enquête nationale sur l'Emploi	Couverture de la protection sociale et niveau d'atteinte du travail décent	Enquête sur l'effectivité des Normes Internationales du Travail et le travail décent (y compris la Protection Sociale) dans le secteur informel au Sénégal	2009 (enquête conçue) 2010 (mise en œuvre planifiée)	En cours	Ministère du Travail	
BIT	Etude	Protection sociale migrants	Faisabilité de la mobilisation des ressources des travailleurs migrants sénégalais vivant en France pour développer la micro assurance de santé et améliorer la couverture sociale des familles des migrants restées dans le pays d'origine"	2010	En cours	Ministère de la Santé et Ministère Sénégalaise de l'Extérieur Partenaires TF CERMES en France avec Alain Letourmy le microassurance innovation facility (ILO-Gates foundation) et projet BIT MIGSEC	
OIM	Etude	Protection	Etude sur la sécurité sociale des travailleurs migrants	2009-2010	En cours		Fichier PDF

		et la portabilité de leurs pensions de retraite vers les pays d'origine (Etude régionale)								
OMS	Etude	Assurance maladie	Mise en place de mécanismes d'appui aux mutuelles de santé de Louga	2009-2010	En cours	Ministère de la santé et de la prévention				
OMS	Etude	Assurance maladie	Mise en place de mécanismes d'appui aux mutuelles de santé de Saint-Louis	2009-2010	En cours	Ministère de la santé et de la prévention				
PAM	Ciblage	Cash/Voucher	Ciblage des bénéficiaires et détaillants du projet pilote de transfert monétaire à Pikine	2009-2010	En cours de finalisation	Ministère de la Famille				A définir
PAM	Enquête base line	Cash/Voucher	Evaluation de l'opération pilote de distribution des coupons alimentaires aux ménages de Pikine	2010	En cours de préparation	Ministère de la famille				A définir
PNUD (régional)	Etude	Protection sociale	La synthèse des politiques de protection sociale dans certains pays d'Afrique de l'Ouest (Mali, Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Niger et/ou Bénin) dans le cadre du « Rapport européen sur le développement 2010 »	2010	En cours de préparation					
UNICEF	Etude	Cash transfert	Etude de faisabilité pour un programme de transferts sociaux monétaires comme instrument majeur d'une protection sociale centrée sur l'enfant au Sénégal	2008-2009	finalisée	Ministère de la Famille, Ministère de l'Economie et des Finances.				Publication et en ligne (http://sites.google.com/site/senegalprotection sociale/)
UNICEF	Enquête	Cash transfert	Analyse de la situation des ménages ruraux de la région de Kolda en vue d'une opération-test de transfert monétaire (cash transfert)	2009	finalisée					fichier PDF
UNICEF	Etude	Protection Sociale	La protection sociale des enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre : Etude de cas du Sénégal	2009	Finalisée	Ministère de la Famille, Ministère de l'Economie et des Finances				publication et en ligne (http://sites.google.com/site/senegalprotection sociale/)
Lux-Dev	Etude	Assurance maladie	Etude de faisabilité pour la mise en place d'un fonds de solidarité d'appui aux mutuelles de santé à Matam	2009	Validé	Ministère de la santé et de la prévention				
CTB/PAM AS	Etude	Assurance maladie	Etude pour la mise en place de Fonds de garantie d'appui aux mutuelles de santé dans les régions de Kafrine, Kaolack, Diourbel et Fatik	2009	Validé	Ministère de la santé				

Source : Site UNICEF sur la protection sociale au Sénégal

3. Webographie utile

www.ilo.org

www.unicef.org

www.ces-asso.org

www.mdeveloppementsocial.gov.ml

www.cnss.bf

www.emploi.gov.bf

<http://sites.google.com/site/protectionsocialeauburkinafaso/>

<http://www.primature.gov.ml/>

www.issa.int

www.sante.fr

www.legifrance.gouv.fr

www.assurance-maladie.fr

www.cdc.retraites.fr

www.fr.allafrica.com

www.finances.gouv.sn

www.ipres.sn

www.secusociale.sn

www.finances.gouv.ci

www.bice.org

www.news.abidjan.net

www.Perspective.usherbrooke.co

4. Liste des tableaux et graphiques

Liste des tableaux

Tableau 1 : Sources de financement de la Protection sociale au Burkina Faso en 2007	19
Tableau 2 : des cotisations au 1er Janvier 2010	27
Tableau 3 : taux et plafonds de cotisations en vigueur au Mali	37
Tableau 4 : Taux de cotisation au Sénégal en 2009	45
Tableau 5 : Affectations des ressources PPTTE dans le cadre du CSLP au Burkina Faso	53
Tableau 6 : Sénégal, Passage de la Protection sociale du DSRP au Budget en 2008 (en millions de FCFA)	57
Tableau 7 : La protection dans le CDMT 2010-2012 du Sénégal en millions de FCFA	58
Tableau 8 : Part du Ministère chargé de la protection sociale dans le Cadre budgétaire à moyen terme du Burkina (En milliards de FCFA)	59
Tableau 9 : la protection sociale et secteurs connexes dans le CDMT 2007-2011 du Mali (en milliards de FCFA)	59
Tableau 10 : Situation des ressources au niveau des secteurs connexes de la protection sociale au Burkina	61
Tableau 11 : Côte d'Ivoire, part des secteurs sociaux dans le budget 2009 (en milliards FCFA)	61
Tableau 12 : Répartition sectorielle en valeur absolue des dépenses 2007-2011 (en milliards FCFA)	62
Tableau 13 : Répartition sectorielle en valeur relative des dépenses 2007-2011	62
Tableau 14 : Affectations budgétaires du secteur de l'éducation (milliards de FCFA)	62
Tableau 15 : Affectations budgétaires du secteur de la santé en FCFA)	63
Tableau 16 : Portefeuille de programmes de type filet social au Sénégal (liste indicative)	67
Tableau 17 : Principaux programmes de filets sociaux aux Burkine	72
Tableau 17 : Taux de couverture spécifiques au Mali	72

Liste des graphiques

Graphique 1 : Evolution des cotisations à la CNSS, 2003-2007	20
Graphique 2: Répartition des dépenses techniques de la CNSS 2007	21