

Les systèmes de protection sociale en Afrique : une longue marche semée d'embûches mais des avancées significatives

Depuis 40 ans, les systèmes de protection sociale (PS) se développent en Afrique, à des rythmes variables et dans les pays les plus pauvres, ceux-ci restent à un stade embryonnaire. En outre, la couverture des risques, comme la part de la population qui en bénéficie, est souvent incomplète. Cet article revient sur la genèse des modèles et leurs caractéristiques.

Dans la plupart des pays africains, les premiers jalons dans le domaine de la protection sociale ont été posés par le pays colonisateur, ce qui a consisté à prolonger des politiques publiques de la métropole en matière de santé et de retraite. Mais, durant la période coloniale, la couverture des risques fut restreinte, et ne bénéficia qu'aux fonctionnaires coloniaux (expatriés et locaux), à la main-d'œuvre expatriée, et progressivement aux cadres locaux occupant des postes de responsabilité dans les grandes entreprises.

Une mise en place récente

À la suite des indépendances, des caisses nationales de sécurité sociale ont été progressivement mises en place dans la plupart des pays. En Afrique du Sud, par exemple, la nouvelle Constitution de 1996, une fois l'Apartheid abolie, fut le point de départ d'un plus ample développement.

Modèle bismarckien, modèle beveridgien

Le **modèle bismarckien** est un système d'**assurance sociale**, organisé sur une base socio-professionnelle, géré par les partenaires sociaux (syndicats patronaux et de salariés), et financé par des cotisations sociales (salariés et employeurs). C'est un système essentiellement contributif, où les cotisations sociales versées ouvrent droit aux prestations sociales dues aux ménages en cas de réalisation du risque. C'est le système qui, à la suite de l'Allemagne à la fin du XIX^{ème} siècle, s'est développé en Europe continentale. En Afrique, il a inspiré la couverture des risques accidents du travail et retraite.

Le **système beveridgien** est un système à vocation universelle, s'adressant à la population entière (sans condition d'affiliation professionnelle) et financé principalement par l'impôt. Il peut être vu comme plus proche d'un système d'**assistance sociale**, mais généralisé à l'ensemble de la population (sans condition de ressources).

Le système, illustré notamment par le *National Health Service* britannique en 1945, s'est appliqué au Royaume-Uni et dans les pays scandinaves. Il est souvent complété par des régimes complémentaires sur base professionnelle (la retraite). En Afrique, l'éventuelle mise en place d'une couverture maladie universelle serait donc plutôt de nature beveridgienne.



Les travailleur.se.s du secteur informel ne sont souvent pas couverts.

En 1993, a été mise en place par les pays de la Zone Franc une instance permanente de coordination, la Conférence Inter-africaine de la Prévoyance sociale (CIPRES), chargée d'élaborer des normes comptables, de fixer des règles communes de gestion et d'harmoniser les dispositions législatives et réglementaires. La CIPRES regroupe actuellement 16 pays francophones de la Zone Franc.

Une couverture souvent limitée, rarement universelle

S'agissant de la couverture des risques, la situation varie d'une région à l'autre. Dans la plupart des pays de l'Afrique sub-saharienne, la couverture des caisses, auxquelles sont affiliés en principe les salariés du privé, en conformité avec le Code du Travail, est limitée aux accidents du travail, aux maladies professionnelles et à la retraite. En général, fonctionnaires et militaires bénéficient d'une

couverture plus complète, incluant la maladie et les allocations familiales. À cet égard, l'exemple du Cap Vert, un pays pourtant classé dans la liste des pays les moins avancés, est emblématique des avancées dans les domaines de la vieillesse et de la maladie et a été loué par l'Organisation Internationale du Travail et la Banque Mondiale.

Le système des caisses de sécurité sociale est le plus souvent d'inspiration bismarckienne, notamment dans la zone d'influence francophone : les caisses sont financées par des cotisations sociales dues par les employeurs. Toutefois, nombre d'entreprises tentent d'échapper au versement de ces cotisations, réduisant d'autant la proportion de la population active bénéficiaire.

L'angle mort du secteur rural et informel

Le secteur rural et le secteur informel sont fréquemment exclus de toute couverture des risques. Dans la plupart des pays subsahariens, le système des caisses nationales couvre à peine 10 % de la population active. Toutefois, des dispositifs mis en place par des institutions comme l'Organisation Mondiale de la Santé ou des Organisations Non Gouvernementales (ONG) peuvent combler quelques lacunes ou remédier à certaines incohérences des systèmes de PS. C'est particulièrement le cas lorsque l'accent est mis sur les soins primaires, qui s'inscrivent dans une perspective de santé préventive (santé maternelle et infantile, vaccination) et sur les mutuelles de santé communautaires (accompagnées de mise en réseau). Le Ghana et le Rwanda en sont des exemples représentatifs.

Depuis une dizaine d'années, la plupart des pays subsahariens étudient la possibilité de mettre en place une couverture maladie universelle, dans une optique d'assistance sociale (plutôt de type beveridgien). Parmi les nombreux obstacles à un élargissement des couvertures maladie et des pensions de retraite, on peut relever des moyens finan-

**LE SECTEUR RURAL
ET LE SECTEUR INFORMEL
SONT FRÉQUEMMENT
EXCLUS DE TOUTE
COUVERTURE DES RISQUES.
TOUTEFOIS DES INSTITUTIONS
COMME L'OMS OU DES ONG
PEUVENT COMBLER
QUELQUES LACUNES**

ciers insuffisants, souvent révélateurs d'une absence de volonté politique, une corruption répandue à tous les échelons, la fécondité élevée dans certains pays (Niger, Somalie, Mali, Tchad...) qui dilue l'efficacité et la portée des efforts budgétaires, l'importance du secteur informel qui échappe à toute réglementation, le sous-équipement du monde rural en équipements sanitaires, l'insuffisante rémunération des personnels de santé, associée au risque de fuite du personnel qualifié vers les pays européens, enfin la fréquente instabilité politique qui fait obstruction à la mise en place ou à la pérennité de politiques sociales.

Par ailleurs, la gouvernance des caisses de sécurité sociale est souvent inappropriée : celles-ci se perçoivent comme des "investisseurs institutionnels" et consacrent d'importants moyens aux investissements financiers et immobiliers qui relèvent plus de l'activité d'assurance que de la protection sociale. Cette relative porosité des frontières entre l'État et les Caisses de sécurité sociale comporte le risque d'affaiblir la portée et l'efficacité des mesures prises en faveur du développement de la protection sociale.

L'Afrique du Sud, un système complet de protection sociale

L'Afrique du Sud est le pays du continent africain qui consacre la plus grande part de la richesse nationale à la protection sociale des ménages.

La Constitution de 1996, consécutive à la fin de la politique d'Apartheid, a ouvert la voie aux réformes et à la mise en place d'un système complet de protection sociale. Ce système recouvre à la fois :

- Des régimes d'assurance sociale (régimes contributifs, de type bismarckien), notamment pour la couverture des accidents du travail et de l'incapacité, ainsi que du chômage
- L'assistance sociale (non contributive), développée notamment pour couvrir le risque maladie : une couverture maladie universelle a été créée en 2014.

Dans les pays du Maghreb, la couverture des risques est un peu plus développée, notamment celui de la maladie. Ainsi au Maroc, dans le cadre du *Ramed*, a été créé un système de panier de soins financé par la Caisse nationale de sécurité sociale, qui vise à améliorer sensiblement la couverture de la population pauvre et en situation de vulnérabilité. Toutefois, entaché de faiblesses, il peine à atteindre ses objectifs.

Quelles perspectives ?

À l'instar des autres continents, dans les pays où ces systèmes se sont le plus développés, on observe une augmentation de l'espérance de vie, une diminution de la fécondité et du taux de mortalité infantile. Le réchauffement climatique et ses conséquences néfastes sur le bien-être et la santé des populations africaines (désertification, pénurie d'eau potable, diminution des rendements agricoles) risquent, à plus ou moins long terme, de mettre à rude épreuve les systèmes de PS dans de nombreux pays de l'Afrique. Doit-on alors, comme le propose K. Nubukpo*, "changer son modèle de croissance" ? ■

Jeanne Fagnani



Jeanne.Fagnani@univ-paris1.fr
Directrice de recherche honoraire au CNRS
Chercheuse Associée à l'IRES, Co-éditrice en chef
de la Revue Française des Affaires Sociales.

Jean Pierre Dupuis



jpierre.dupuis@orange.fr
Statisticien-économiste, a exercé dans divers
organismes internationaux et supranationaux,
puis comme assistant technique en statistiques
de finances publiques pour le FMI, pour 10 pays
d'Afrique de l'Ouest francophone.

EN SAVOIR PLUS :

L'étude complète est à retrouver
à l'adresse suivante en version payante :
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-1.htm>

* K. Nubukpo, (2019), L'urgence africaine, Changeons le modèle de croissance, Ed. Odile Jacob, Paris.