

LE DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE : PRINCIPES INTERNATIONAUX ET BESOINS SOCIAUX EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Didier Têtêvi Agbodjan

Volume 13, numéro 2, 2000

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1100199ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1100199ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Société québécoise de droit international

ISSN

0828-9999 (imprimé)

2561-6994 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Têtêvi Agbodjan, D. (2000). LE DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE : PRINCIPES INTERNATIONAUX ET BESOINS SOCIAUX EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE. *Revue québécoise de droit international / Quebec Journal of International Law / Revista quebequense de derecho internacional*, 13(2), 145–168. <https://doi.org/10.7202/1100199ar>

Résumé de l'article

C'est une étude en deux temps des régimes de sécurité sociale en Afrique subsaharienne que nous propose ici l'auteur. Dans un premier temps, celui-ci examine le régime actuel en mettant l'emphase sur les exclusions consacrées que l'on y retrouve. De manière successive, il aborde la protection de la famille et de la maternité, les prestations de maladie et les soins de santé, la protection des risques professionnels et enfin, la protection de la vieillesse, de l'invalidité et des survivants. Dans un second temps, il se penche sur les impasses sociales auxquelles est confrontée la majorité exclue par le système formel de sécurité sociale. À cet égard, il décrit premièrement les mesures limitées déjà mises en place à titre d'assistance publique en matière de santé publique et d'assistance sociale, pour ensuite se pencher sur les alternatives possibles. Sur ce dernier point, l'auteur met surtout l'accent sur les solidarités domestiques et la protection sociale traditionnelle ou coutumière. Pour lui, le système domestique de protection porte l'ilot de prestations offert aux privilégiés et se présente comme un « supplément pragmatique » à la manne disponible pour soutenir les échanges ou partages solidaires. Le sens solidaire n'est pas à l'abri de la corruption qui, de plus en plus, dans le contexte moderne d'exclusion, de déstructuration familiale et de pression capitaliste, érode en ses fondements l'institution traditionnelle de partage. Enfin, il conclut en notant que dans l'espace critique des sociétés urbaines et rurales, les solidarités constituent pour les individus, non seulement, l'expression d'éléments stratégiques de survie mais tout autant le moyen de reproduction du lien social.

LE DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE : PRINCIPES INTERNATIONAUX ET BESOINS SOCIAUX EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE.

*Par Didier Tétévi Agbodjan**

C'est une étude en deux temps des régimes de sécurité sociale en Afrique subsaharienne que nous propose ici l'auteur. Dans un premier temps, celui-ci examine le régime actuel en mettant l'accent sur les exclusions consacrées que l'on y retrouve. De manière successive, il aborde la protection de la famille et de la maternité, les prestations de maladie et les soins de santé, la protection des risques professionnels et enfin, la protection de la vieillesse, de l'invalidité et des survivants. Dans un second temps, il se penche sur les impasses sociales auxquelles est confrontée la majorité exclue par le système formel de sécurité sociale. À cet égard, il décrit premièrement les mesures limitées déjà mises en place à titre d'assistance publique en matière de santé publique et d'assistance sociale, pour ensuite se pencher sur les alternatives possibles. Sur ce dernier point, l'auteur met surtout l'accent sur les solidarités domestiques et la protection sociale traditionnelle ou coutumière. Pour lui, le système domestique de protection porte l'ilot de prestations offert aux privilégiés et se présente comme un « supplément pragmatique » à la manne disponible pour soutenir les échanges ou partages solidaires. Le sens solidaire n'est pas à l'abri de la corruption qui, de plus en plus, dans le contexte moderne d'exclusion, de déstructuration familiale et de pression capitaliste, érode en ses fondements l'institution traditionnelle de partage. Enfin, il conclut en notant que dans l'espace critique des sociétés urbaines et rurales, les solidarités constituent pour les individus, non seulement, l'expression d'éléments stratégiques de survie mais tout autant le moyen de reproduction du lien social.

The author proposes a two part study of the subsaharien social security regimes. First, he takes a look at actual regime and underline the fact that many citizens are excluded from the formal regime. He analyses the protection accorded in the fields of family and maternity, health care insurance, working insurance, elderness, invalid, etc... Second, he decides to examine the social deadlock in which the majority of people seem to be in consequently to their exclusion of the formal social security system. On this particular point, he describes firstly the measures already taken in those fields, and especially in the fields of social security and public health. Secondly, he takes a look at the possible alternative which result in a new appreciation of traditional and cultural solidarities. The author suggest here that the domestic system of protection could be perceived as a pragmatic supplement to the godsend available for sustaining solidarity share and exchange. That said, in a modern context, the solidarity itself is not under shelter of corruption. Modernity and capitalism pressure affect not only the traditional family structure but also erode the traditional basis of share. Finally, the author notes that in the critical space created by urban and rural society, the solidarities constituted for an individual are the expression of survival strategic elements and a way to reproduce social link.

* Docteur en droit à l'Université Pierre Mendès-France de Grenoble II et membre de l'Association des étudiants et amis de l'Institut des droits de l'homme de Lyon.

Les régimes de sécurité sociale en Afrique subsaharienne, tels qu'ils sont institués par les codes de sécurité sociale ou de prévoyance sociale s'appliquent, en principe, aux travailleurs salariés autres que les fonctionnaires, ces derniers bénéficiant d'un régime spécial légèrement plus favorable. Le principe général d'assujettissement des travailleurs salariés souffre d'aménagements, beaucoup plus dans le sens des exclusions que dans celui des extensions. Ces aménagements affectent également le champ d'application matériel de la protection.

Il reste nécessaire d'établir la portée des dispositions relatives à la sécurité sociale du point de vue de leur contribution à la sécurité des revenus des travailleurs salariés, mais aussi et de façon plus cruciale, de se poser la question du flagrant vide juridique en matière de protection sociale de la majorité exclue. Ces deux questions retiendront notre attention à travers les lignes qui vont suivre.

I. Moindres aménagements positifs dans un cadre de couverture sociale consacrant d'importantes exclusions

La *Convention no 102*¹ de l'Organisation internationale du travail, concernant la norme minimum de sécurité sociale, prévoit en ses dispositions générales que les personnes protégées doivent constituer 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés lorsque sont assujetties des catégories prescrites de salariés (critère de référence retenu dans les pays étudiés), cette disposition venant assouplir le principe directeur posé par la *Recommandation 67*², principe suivant lequel l'assurance sociale devrait accorder protection « à tous les salariés et travailleurs indépendants » ainsi qu'aux personnes à leur charge. D'après les dispositions de cette recommandation, les régimes de sécurité du revenu ont pour mission de soulager la pauvreté et empêcher la misère des travailleurs en compensant toute perte éventuelle de revenu ou permettant l'obtention d'un travail rémunéré. Mais l'appréciation de la marge de couverture dans les États ne peut se faire sans une interrogation des critères nationaux de définition des personnes protégées.

Pour ce qui est du contenu de la protection, la norme minimum consacre neuf champs de protection que sont : les soins médicaux, les indemnités de maladie, les prestations de chômage, les prestations de vieillesse, les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les prestations aux familles, les prestations de maternité, les prestations d'invalidité et les prestations de survivants. Pour toutes ces prestations, nous verrons les applications concrètes dans une partie de l'Afrique subsaharienne.

¹ *Convention concernant la sécurité sociale (norme minimum)*, adoptée le 28 juin 1952 (entrée en vigueur : le 27 avril 1955), en ligne : <http://ilolex.ilo.ch:1567/french/convdisp1.htm> (date d'accès : juin 2002). Ci-après la Convention 102.

² *Recommandation sur la garantie des moyens d'existence*, 12 mai 1944, en ligne : <http://ilolex.ilo.ch:1567/french/recdisp1.htm> (date d'accès : juin 2002).

Avant de nous attarder sur le contenu des régimes de sécurité sociale, faisons remarquer que seuls le Sénégal et le Niger ont ratifié la *Convention no 102*, le premier en 1962 et le second en 1966, ce qui est toutefois surprenant car la convention sur la norme minimum, assez conciliante, permet aux États-membres dont l'économie et le système de santé ne sont pas performants, de déroger aux prescriptions tenant à l'étendue et à la durée de couverture, par une déclaration annexée à l'instrument de ratification (article 3).

Dans les pays francophones de l'Ouest africain, notamment quelques uns faisant partie de la Conférence Interafricaine de Prévoyance Sociale (Bénin, Burkina-Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Sénégal, Togo), les aménagements positifs intéressent, dans une portion congrue, le champ d'application personnel de la protection, étant entendu qu'au niveau matériel, la couverture offerte est passable quant aux prestations servies.

En matière d'assujettissement et pour préciser les catégories de travailleurs salariés protégées, on peut relever que le *Code ivoirien*³ de sécurité sociale assujettit certaines catégories de travailleurs agricoles en limitant en revanche leur couverture au seul risque de vieillesse. Le *Code togolais*⁴, quant à lui, étend la couverture aux membres de certaines coopératives, aux apprentis, et aux étudiants. Mais, c'est le droit sénégalais⁵ qui fait œuvre d'originalité en affiliant les travailleurs domestiques, les travailleurs saisonniers et les journaliers.

Les législations consacrent une protection sociale prohibitive en considération de critères relatifs au montant de la rémunération du salarié, de son secteur d'activité, de la dimension de son entreprise ou aussi du caractère de son activité professionnelle.

En matière de rémunération, il faut noter que les personnes protégées sont une partie des salariés employés dans le secteur dit structuré et disposant d'une assiette salariale au moins égale au salaire minimum. C'est ainsi que, par exemple, la législation togolaise de sécurité sociale, bien qu'elle assujettisse les personnes rémunérées en dessous du salaire minimum interprofessionnel garanti, et ce sur une base forfaitaire, ne leur offre pas de droit aux prestations familiales ni à la pension normale de vieillesse. Seuls sont pris en charge, pour ces personnes, les risques professionnels.

³ Voir essentiellement la *Loi no 68-595* du 20 décembre 1968 portant *Code de la Prévoyance sociale* et les lois modificatrices *no 71-332* du 12 juillet 1971, *no 88-1115* du 29 novembre 1998 et *no 94-436* du 16 août 1994, in République de Côte d'Ivoire, Abidjan, *Annuaire officiel du ministère de l'Emploi, de la Fonction publique et de la Prévoyance sociale* (1998), 2^e édition, pp. 242-258.

⁴ Voir : l'*Ordonnance no 39-73* du 12 novembre 1973 instituant un Code de Sécurité sociale.

⁵ Voir : la *Loi no 73-37* du 31 juillet 1973 portant *Code de la Sécurité sociale* et les lois modificatrices *no 80-44* du 25 août 1980 abrogeant et remplaçant l'article 27 du Code de la sécurité sociale *no 97-05* du 10 mars 1997 abrogeant et remplaçant le Code de la Sécurité sociale.

Pour ce qui est du caractère de l'activité professionnelle, le droit ivoirien exclut les travailleurs indépendants, et son homologue burkinabé⁶ ne prend pas en charge les travailleurs temporaires.

S'il est admis en droit international de la sécurité sociale que le travailleur salarié puisse bénéficier, ès qualité, d'une protection sociale, dans les régimes de l'Ouest africain, par contre, la définition restrictive de la qualité de travailleur salarié doublée de la considération de l'unité structurée du travail (à l'occidentale), ainsi que des discriminations diverses observées, sont les principaux vecteurs de considérables exclusions.

En effet, les citoyens de l'Ouest africain ont progressivement développé dans les contextes de crise économique qui les caractérisent certaines formes d'unités de travail que l'on considère comme « informelles ». Ces formes autres d'organisation du travail sont expulsées du cadre de sécurité sociale en vigueur, ce cadre étant conçu pour des unités de travail instituées conformément au modèle d'organisation dit structuré. Le rapport du Bureau international du travail (B.I.T.) sur le travail dans le monde de 1997-1998⁷ définit le secteur informel par ses caractéristiques :

- facilité d'accès,
- utilisation de techniques à forte intensité de travail,
- concurrence très vive,
- production de biens et services de médiocre qualité,
- capacité limitée d'accumulation,
- accès restreint aux biens durables, au crédit et autres services... (dont les services sociaux, nous soulignons.)

Ces caractéristiques limitent assez considérablement la capacité pour les mécanismes de sécurité sociale en vigueur à intégrer des travailleurs organisés sans un contrat fixe et formellement sanctionné, sans des revenus réguliers sous forme salariale stabilisée et sans une durée objectivement déterminée. Or, le secteur informel est en nette progression et pour l'ensemble des pays de l'Afrique subsaharienne ce secteur de production mobilise un taux d'emploi de 75,9 % de la

⁶ Voir : la *Loi no 13-72 AN* du 28 décembre 1972 portant *Code de la sécurité sociale* en faveur des travailleurs salariés et les lois modificatrices *Zatu no AN VI 0035/FP/PRES* du 7 avril 1989; *l'Ordonnance no 77-19 PRES.FPT* du 23 mai 1977 et *Zatu no AN VIII 4 FP-PRES* du 6 novembre 1990, in République du Burkina Faso, Abidjan, Côte d'Ivoire, *Annuaire officiel du ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale (1996)*, pp. 114-128.

⁷ Bureau international du travail, *Le Travail dans le Monde : Relations professionnelles, démocratie et cohésion sociale 1997-1998*, BIT, Genève, (1997). Voir également : W. Van Ginneken, « Sécurité sociale pour le secteur informel: un nouveau défi pour les pays en développement » (1999) 52 *Revue internationale de sécurité sociale* 61.

population active non agricole⁸ (années 1990). Il suffit d'ajouter à la population active dont les chiffres précédent, les travailleurs agricoles qui en majorité opèrent dans l'informel, pour constater qu'il y a un pan entier de la population active ou de travailleurs autrement organisés qui sont exclus de protection au titre de la sécurité sociale.

Les exclusions concernent également le champ d'application matériel de la protection. En effet, par rapport à la *Convention no 102* de l'Organisation internationale du travail (1952), force est de constater l'absence générale de la protection contre le chômage, en notant toutefois que le système ivoirien propose, à titre d'essai, depuis récemment, une forme résiduelle de couverture pour une certaine catégorie de chômeurs (plus des cadres d'entreprise privée).

Pour les autres éventualités couvertes, elles correspondent aux zones d'assurance sociale de la *Convention no 102* mais comportent un nombre de limites que nous exposeront dans les lignes qui suivent après description des modalités de couverture.

A. La protection de la famille et de la maternité

Le service des prestations familiales comprend les allocations familiales proprement dites ainsi que les prestations de maternité, ce qui nous amène à les envisager ensemble. Suivant les dispositions des différents instruments nationaux, on envisagera d'autres prestations servies dans le même cadre familial.

Sont bénéficiaires des allocations familiales, les travailleurs salariés ayant au moins un enfant et ayant été employés pendant une durée minimale de trois mois, à raison d'un certain quota horaire. Le principe est généralement conforme aux prescriptions des articles 39, 40 et 43 de la norme minimum de sécurité sociale recommandant l'attribution de prestations aux familles en vue de la couverture de charge d'enfants à condition pour la personne protégée d'avoir accompli une période d'emploi ou de cotisation de trois mois.

Le droit burkinabé de la sécurité sociale, ainsi que les droits ivoirien, sénégalais et togolais posent l'exigence d'une durée minimale de trois mois consécutifs à raison de dix-huit jours de travail ou encore cent vingt heures par mois.

L'allocation familiale peut être versée, en droits ivoirien et sénégalais, au travailleur bénéficiaire ou à sa veuve, pour tous les enfants à charge de moins de quatorze ans d'âge pour le premier et de quinze pour le second, ces conditions d'âge donnant lieu à une dérogation jusqu'à dix-huit ans pour les apprentis et vingt-et-un an pour les étudiants et invalides.

En droit togolais, il est précisé que l'allocation est versée à tout travailleur bénéficiaire d'assurance sociale dont les pensionnés, ayant des enfants à charge de

⁸ P. Hugon, « Ajustement structurel, emploi et rôle des partenaires sociaux en Afrique francophone », in Bureau international du travail, *Cahiers de l'emploi et de la formation*, no 28, 1998.

moins de seize ans, la dérogation, ici étant la même pour les apprentis étudiants et invalides. Ce qui fait la particularité du droit togolais c'est la limitation à six du nombre d'enfants couverts au titre des allocations familiales. On retrouve le même type de limitation en droit burkinabé.

Dans la législation burkinabé, les travailleurs salariés bénéficiaires d'assurance sociale incluant ceux temporaires ainsi que les retraités pensionnaires ou les tuteurs, ont droit aux prestations familiales pour les enfants de moins de quatorze ans, dans les mêmes conditions dérogatoires pour les apprentis, étudiants et invalides.

Le droit aux allocations familiales, en droits béninois⁹ et malien¹⁰, est assorti de conditions plus sévères quant à la durée minimale de travail, à savoir six mois consécutifs pour le premier et neuf pour le second.

Dans l'ensemble, les dérogations d'âge sont les mêmes en faveur des apprentis, étudiants et invalides, pour leur faciliter les conditions de scolarisation et d'éducation professionnelle.

Les taux de prestations familiales varient entre cinq cents francs CFA et deux mille par mois et par enfant. Outre la limitation du nombre d'enfants à six, en droits béninois, burkinabé et togolais, excluant de toute protection les enfants nés au-delà du 7^{ème} rang, les autres législations consacrent soit un taux réduit, sans limitation du nombre d'enfants (le taux le plus bas sans limitation du nombre d'enfants revient au Mali); soit un double taux s'appliquant suivant le rang de naissance. En effet dans cette dernière éventualité, le droit sénégalais fait preuve d'originalité en accordant un taux de mille francs CFA par mois jusqu'au 6^e enfant et un taux réduit de 750 francs pour les quatre suivants. Cette disposition sénégalaise honore la pratique traditionnelle de la polygamie observée dans les sociétés africaines mais dans l'ensemble des codes, on traduit une volonté de contrôler les naissances. Il reste que face aux grandes exclusions constatées, cette forme de contrôle n'a que peu d'impact.

Les allocations de maternité sont de trois types : l'indemnité compensatrice du congé de maternité, l'allocation prénatale et l'allocation de naissance.

L'allocation au titre de compensation du congé de maternité est octroyée à la femme salariée en état de grossesse et bénéficiant d'un congé de quatorze semaines. L'ensemble des instruments juridiques des pays étudiés reconnaît à la femme salariée enceinte, le droit de bénéficier du maintien de la totalité des gains pendant la période de congé mais aussi la possibilité de prolonger ce droit pendant trois semaines supplémentaires au cas où il adviendrait des complications liées à la grossesse ou l'accouchement. Pour prétendre à ce droit, la femme salariée est astreinte à une durée de cotisation déterminée. Le droit togolais exige que la femme salariée ait cotisé

⁹ Voir l'*Ordonnance no 70-17/MFPRAT* du 25 mars 1970 portant institution d'un régime général de sécurité sociale et le texte modificateur *Ordonnance no 71-10 CP* du 19 mars 1971.

¹⁰ Voir la *Loi no 62-68/AN-RM* du 9 août 1962 instituant un *Code de Prévoyance sociale* et les textes modificateurs suivants: *Ordonnance no 76-58 /CMLN* du 29 novembre 1976 et *Loi no 95-051* du 12 juin 1995 modifiant les dispositions relatives aux allocations familiales et de maternité, à l'allocation prénatale et aux prestations de retraite normale comme anticipée ainsi que d'invalidité.

pendant au moins douze mois avant la date présumée de l'accouchement, cette durée de cotisation étant de neuf mois au Mali, de six mois en droit béninois, de trois en droits burkinabé et ivoirien alors que pour la législation sénégalaise, elle n'est que de deux mois.

L'allocation prénatale est versée dès que l'état de grossesse est déclaré, certaines législations punissant les assurés ou bénéficiaires ayant fait une déclaration tardive. Le taux d'allocation prend la forme soit d'une mensualité fixe versée pendant neuf mois (Bénin, Burkina-Faso, Sénégal, Togo), soit d'une indemnité forfaitaire (Côte d'Ivoire, Mali). Il convient de noter que les régimes de sécurité sociale offrent des services sociaux et sanitaires plus ou moins larges aux femmes assurées et que certains régimes consacrent une prestation limitée quant au nombre d'enfants. Le régime sénégalais offre l'allocation prénatale seulement pour les six premiers enfants.

Le troisième type d'allocation concerne ce qu'il est convenu d'appeler la prime de naissance. Elle est versée au ménage du travailleur assuré soit sous forme mensuelle pour une durée déterminée ou sous forme forfaitaire. Dans les régimes ivoiriens et togolais, l'allocation au foyer du travailleur comme on le nomme est accordée pour les trois premières naissances. La législation béninoise, qui limite également l'octroi de cette allocation aux trois premiers enfants, accorde pour chacun des deux derniers la moitié du forfait retenu pour le premier. Il est tout indiqué, par rapport à ce type d'allocation, de relever la particularité du droit sénégalais qui opère un compromis social en octroyant une prime mensuelle jusqu'à deux ans pour les six premiers enfants, les quatre suivants faisant bénéficier au ménage une prime mensuelle légèrement diminuée pendant la même période de deux ans.

Par rapport aux dispositions de la convention internationale édictant une norme minimum, on peut noter qu'au point de vue du contenu matériel, les régimes proposent une couverture plus que minimale du risque de maternité.

B. Les prestations de maladie et les soins de santé

La protection offerte aux salariés en matière de soins de santé est réduite voire inexistante, malgré les dispositions contenues dans les textes législatifs, parce que les mécanismes institués sont essentiellement destinés à des prestations en nature offertes par des institutions médicales souffrant actuellement de manques chroniques en matière d'équipements et de produits pharmaceutiques.

L'option en vigueur, en matière de soins de santé, dans les pays d'Afrique subsaharienne, s'inscrit dans une politique de fourniture de soins de santé à tous sans exception; ces soins étant assurés par les services nationaux de santé publique financés par l'impôt. À cet effet, les établissements hospitaliers publics et les institutions d'assistance médicale avaient pour mission de dispenser gratuitement des soins aussi bien préventifs que curatifs. Cette mission ambitieuse a échoué et en général les citoyens de ces pays ont un accès médiocre aux soins de santé.

En rapport avec la législation du travail, les soins médicaux à fournir aux travailleurs sont pris en charge par les employeurs suivant le principe de

responsabilité, ce qui explique que la branche « maladie » fut instituée dans les régimes de sécurité sociale quelques années après les indépendances. La médecine de travail avait une mission spéciale de large fourniture de soins médicaux préventifs et curatifs aux travailleurs assurés ainsi qu'à leur famille. Dans mise en œuvre pratique, les caisses de sécurité sociale prennent en charge les frais médicaux des travailleurs assurés et de leur famille, ces derniers se faisant soigner dans des institutions médicales créées et gérées par les organismes de sécurité sociale. Il s'agit donc globalement de prestations en nature, les régimes sénégalais et ivoiriens faisant exception en prévoyant des prestations en espèces et en remboursement des soins.

En effet, le droit sénégalais met en place un institut d'assurance santé au sein de son régime général de prévoyance aux fins de la gestion des prestations médicales. Outre la possibilité pour les assurés de bénéficier de soins médicaux, les caisses remboursent partiellement les frais occasionnés par les soins de santé, y compris ceux d'hospitalisation, de pharmacie et de visites médicales, le pourcentage de remboursement étant déterminé par l'administration de la caisse suivant les disponibilités financières. En droit ivoirien, les prestations en nature sont dispensées dans des centres médicaux et sociaux de la Caisse nationale de prévoyance sociale et les frais médicaux sont remboursés lorsque les soins sont pratiqués dans des hôpitaux publics. Au cas où l'assuré choisit de se faire soigner dans une institution privée, il reçoit une somme forfaitaire en compensation.

Dans les autres régimes de sécurité sociale et pour ce qui concerne les prestations médicales en nature, on peut noter d'abord dans le régime béninois que les services médicaux généraux proposés par les caisses sont financés par les employeurs à raison de 60 % de remboursement des frais engagés par les assurés. Au Mali, les employeurs sont tenus, en association, de financer les services médicaux communs établis par l'Institut de prévoyance sociale, ce qui définit donc un système de services médicaux interentreprises.

Au total, en matière de soins médicaux, les principes de la norme minimum sont posés alors que dans la pratique, peu de travailleurs ont accès à la prise en charge, les institutions médicales et sanitaires ayant amoindri progressivement en quantité et en qualité les services qui leur ont été confiés par les textes de loi.

Toutefois, on ne saurait passer sous silence l'ensemble de prestations prévues par les systèmes de sécurité sociale des pays étudiés sous une rubrique originale intitulée : Actions sanitaires et sociales. Les services regroupés sous cette dénomination consistent en des prestations essentiellement en nature visant l'amélioration de l'état sanitaire et social des travailleurs et de leur famille. Le service des actions sanitaires et sociales avait pour ambition de répondre à deux objectifs : d'abord servir aux travailleurs et à leur famille les prestations en nature prévues par la législation sur la protection de la famille; puis en second lieu, apporter une subvention aux structures médicales et sociales, instituées et gérées par les Caisses de sécurité sociale aux fins de permettre aux familles de travailleurs de vivre dans des conditions optimales d'habitat et de logement, et de sécurité et d'hygiène.

Les prestations en nature sont servies, de façon directe, par les centres médicaux et sociaux et sont constituées par un programme d'actions préventives générales aussi bien que d'hygiène et de sécurité des travailleurs, de protection maternelle et infantile, de dépistage des affections, de lutte contre les endémies, etc. Les Centres médico-sociaux polyvalents (CMSP) de Côte d'Ivoire, outre la prévention générale et les soins curatifs, travaillent à la recherche d'informations sur l'état sanitaire et social, et les statistiques d'accidents et maladies professionnelles. La législation malienne, par cette institution d'actions sanitaires et sociales, subventionne des centres médicaux interentreprises, des centres de protection maternelle et infantile voire des dispensaires ruraux.

Les prestations en nature vont jusqu'à la distribution de biens alimentaires, vestimentaires et de toilette. Les services sociaux offrent des conseils en puériculture, en diététique, des petits soins à domicile, des services de crèche ou de garderie, des activités éducatives comme l'économie domestique, l'alphabétisation ou autres formations en gestion d'activités génératrices de revenus.

Dans l'ensemble, ce service d'actions sanitaires et sociales a donné le ton à des prestations multiformes, chacun des pays ayant initié par son entremise diverses actions de promotion et protection sanitaires, malheureusement au profit des travailleurs assurés et de leur famille, la majorité des personnes opérant dans l'informel comme ceux sans revenus, n'ayant eu que peu de retombées de ces programmes originaux.

Aujourd'hui, ces mécanismes sont en faillite du fait de la mauvaise gestion de ces activités, des détournements et de la corruption, et beaucoup de ces centres ainsi que les programmes sont arrêtés. Pourtant, nous sommes d'avis que ce mécanisme original s'il est bien reconduit serait un lieu privilégié d'élargissement de la protection sociale par extension des solidarités professionnelles à d'autres couches de travailleurs voire à d'autres catégories sociales.

C. La protection des risques professionnels

L'ensemble des législations protège les travailleurs victimes de maladie ou d'accident professionnel dans les limites déjà relevées quant à la qualité des personnes protégées; et ici particulièrement en plus, les apprentis et stagiaires d'une part et d'autre part, les affiliés volontaires. La possibilité d'affiliation volontaire offre une bonne perspective d'extension de la couverture car de surcroît, les régimes étudiés ne soumettent la réparation et l'octroi de prestation à aucune période minimale de stage. Cependant, dans la pratique, des initiatives plus poussées pourraient être attendues quant à ce type de protection. En tout cas, le droit togolais protège spécifiquement en plus des personnes ci-haut citées, les étudiants alors qu'au Burkina, Mali et Sénégal, seuls sont protégés les élèves d'établissements techniques.

Les éventualités prises en charge comprennent, conformément aux dispositions de la norme minimum de l'OIT (article 32) : l'état de morbidité, l'incapacité temporaire ou permanente de travail et la suspension des gains y

résultant, la perte partielle ou totale de la capacité de gain, et enfin, en cas de décès des suites de la maladie ou de l'accident, la perte de moyens d'existence subie par la veuve ou les enfants.

Les prestations en nature sont d'ordre médical ou constituées par remboursement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires, la fourniture et réparation de même que le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie, les frais de transport, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation, et de reclassement et de réinsertion dans la vie sociale. Cet ensemble de prestations correspond aux indications proposées par la convention concernant la sécurité sociale aux articles 35 et 36.

Lorsque suite à la maladie ou à l'accident professionnel, il survient une incapacité, des indemnités sont versées à l'assuré ainsi que le prévoient les principes de la norme minimum (articles 36 et 37).

En effet, en cas d'incapacité temporaire, les régimes maliens et sénégalais, les plus larges, conservent sous forme d'indemnité journalière à la victime, l'intégralité de son salaire jusqu'au 28^e jour puis les 2/3 du même salaire à partir du 29^e jour jusqu'à guérison ou constatation de l'incapacité permanente. Les autres législations fixent la prestation à la moitié du salaire sans autre forme de différenciation.

En cas d'incapacité permanente, la victime a droit à une rente adaptée au préjudice pécuniaire subi et calculée en fonction du salaire, de l'âge, des facultés physiques et mentales, des aptitudes et des qualifications professionnelles. L'incapacité permanente totale donne lieu à rente de 100% du salaire utile ou salaire moyen dans les systèmes ivoirien, malien et sénégalais alors que dans les autres législations, la rente avoisine les 85% du salaire moyen. En revanche, pour indemniser une victime atteinte d'incapacité permanente partielle, la rente est déterminée en rapportant au degré d'incapacité, le salaire moyen, les termes du rapport étant diversement envisagés suivant les législations nationales.

En dernier lieu, lorsque la maladie ou accident professionnel entraîne le décès de la victime, les survivants à charge perçoivent une rente. La veuve ou veuf invalide bénéficient de 30 % du salaire du *de cuius* dans les régimes burkinabé, béninois, ivoirien, malien, togolais et sénégalais. Les orphelins sont traités différemment suivant qu'ils sont privés soit simplement de l'assuré défunt, soit de père et mère. Les régimes étudiés offrent entre 10% (Burkina, Togo) et 15% (Côte d'Ivoire et Mali pour ce qui est des deux premiers enfants) du salaire aux orphelins d'un des parents, et entre 15% (Togo) et 30% (Burkina) pour les orphelins de père et mère. Le système sénégalais institue une forme de réparation autre, la rente étant de 15% du salaire pour un enfant unique à charge, 30% pour deux enfants survivants, 40% s'il y a trois orphelins et au-delà de trois enfants, une majoration de 10% du salaire par enfant.

Au nombre des survivants, on compte aussi les parents et grands-parents à charge qui peuvent prétendre chacun à 10% du salaire du défunt en droits ivoirien,

malien et sénégalais, dans ce dernier régime, un plafond étant déterminé à 30% du salaire pour l'ensemble des ascendants à charge.

Pour conclure sur les risques professionnels, on peut sans doute constater que les régimes de l'Ouest africain vont plus loin que la norme minimum en versant en cas de décès une somme forfaitaire aux survivants en couverture des frais d'enterrement: 30 jours de salaire journalier moyen au Togo, 15 jours de salaire de l'assuré au Burkina, le coût de l'enterrement au Mali et au Sénégal mais le Sénégal se distinguant par un plafond qui varie avec le niveau du salaire minimum.

D. La protection de la vieillesse, de l'invalidité et des survivants

L'âge d'admission à la retraite est bas, en moyenne de cinquante-cinq ans (Bénin, Burkina, Mali, Sénégal, Togo) ou de trente ans de service (modalité adoptée de façon alternative par rapport à la condition d'âge par le Togo). On peut estimer que cet âge est en rapport avec l'espérance de vie mais il est quand même clair que dans la couche socioprofessionnelle des travailleurs salariés, l'espérance de vie est plus élevée que la moyenne générale. D'ailleurs, à propos de l'âge au-delà duquel la survivance d'un salarié est prise en charge par la sécurité sociale, la norme minimum fixe un maximum de soixante-cinq ans avec une possibilité de dérogation à la hausse suivant les pays et la capacité de travail des personnes. Dans certaines situations privées en tout cas, on peut constater que nombre de personnes continuent d'avoir une occupation en vue de s'offrir de meilleures conditions de vie, ce qui n'est pas tout à fait le cas avec le niveau moyen des prestations offertes par la sécurité sociale.

Autrement, l'argument officiel avancé met en avant l'objectif d'insertion professionnelle des jeunes, le résultat restant difficile à confirmer.

Les prestations de vieillesse sont calculées dans les régimes ivoiriens et sénégalais suivant un système de points déterminés en fonction du montant des cotisations versées et la pension de retraite correspond à la valeur totale des points acquis au moment de la liquidation des droits (1,33% du salaire moyen rapporté au nombre d'années d'assurance, le texte ivoirien y incluant les années d'incapacité). En droit ivoirien, la période minimale de dix ans de stage ou de cotisation est de règle alors que le régime sénégalais n'exige qu'un an de cotisation. Les deux régimes prévoient un supplément de pension pour charge d'enfant (5% par enfant jusqu'à concurrence de 15% de la pension pour tous les enfants à charge en Côte d'Ivoire et 10% par enfant de moins de seize ans plafonné à 30% en tout de la pension pour tous les enfants, en droit sénégalais).

Dans les autres régimes de sécurité sociale, le système de calcul de la pension est dit aménagé par souci d'équité et de protection des personnes qui seraient défavorisées avec le système à points. En effet, l'aménagement apporté se trouverait dans l'exigence, pour prétendre à la pension, d'avoir accompli soixante mois (Bénin, Togo) à cent quatre-vingt mois d'assurance (Burkina) au cours des dix dernières années.

En droit burkinabé et togolais, la pension est de 20% du salaire moyen mensuel des trois ou cinq dernières années, laquelle pension est majorée de 1,33% pour chaque tranche de douze mois d'assurance au-delà de cent quatre-vingt mois d'assurance. En droit béninois, plus favorable, la pension est de 30% du salaire moyen avec une majoration de 2% pour chaque tranche de douze mois de cotisation au-delà de cent quatre-vingt mois d'assurance. La législation malienne, quant à elle, tout en exigeant un minimum de dix ans de stage, offre aux retraités une pension correspondant au 1/60 du salaire moyen mensuel.

Notons par rapport aux dispositions de la norme minimum que les régimes étudiés ne dispensent pas de prestations non contributives dans l'ensemble, à l'exception du régime sénégalais (exception toutefois justifiable par la durée minimale annuelle de cotisation), les régimes offrant tout de même une allocation de vieillesse pour tout travailleur assuré ne répondant pas aux exigences d'ouverture du droit à pension mais ayant cotisé un certain nombre d'années. L'allocation forfaitaire de vieillesse équivaut à un mois de pension normale pour chaque tranche de six mois d'assurance. Il n'y a donc pas de supplément de pension pour les retraités ne disposant pas de revenu suffisant pour leur fin de vie.

La protection sociale en cas d'invalidité est acquise à toute personne victime de réduction ou diminution permanente de ses capacités physiques ou mentales, ayant accompli au moins cinq ans d'assurance dont six au cours de l'année précédant la survenance de l'invalidité, cet état lui faisant perdre au moins les deux tiers de sa capacité de gain (législations burkinabé, béninoise, malienne et togolaise). Ces régimes mettent la barre plus bas quant aux exigences internationales tenant à la période minimale de stage, ce qui les met hors des cas de figure que pose la *Convention 102*. En effet, la norme internationale minimum ne prescrit pas de condition d'âge ni de degré minimum d'incapacité aux fins de l'ouverture du droit aux prestations d'invalidité mais se contente de recommander la protection lorsque l'incapacité quant à l'exercice d'une activité professionnelle subsiste après la cessation de l'indemnité maladie ou lorsqu'il est probable que cette incapacité sera permanente. Pour ce qui est des assurés victimes éligibles à ce type de prestation, la norme minimum pose trois cas de figure. Dans le premier cas, la norme exige que tout assuré ayant accompli au moins quinze années de cotisation soit couvert en cas d'invalidité légalement constatée. Dans le deuxième cas de figure où il est admis que toute personne active soit protégée, la norme minimum recommande que la protection soit acquise dès que la victime a accompli au moins trois années de cotisation. Dans un dernier cas de figure où les assurés victimes ne remplissent pas les conditions minimales de cotisation mais ont cotisé au moins cinq ans, les principes internationaux penchent en faveur d'une prestation réduite.

Le droit ivoirien, plus sévère mais plus proche des recommandations internationales, exige pour l'ouverture du droit à la prestation d'invalidité au moins dix ans de cotisation, cinquante ans d'âge et une incapacité générale permanente. Le régime sénégalais, en revanche, tout en posant des conditions sévères d'âge pour toute victime d'incapacité de travail, à savoir cinquante-trois ans, pose une condition très souple quant à la période de stage qui est de un an au moins.

Les modalités de calcul des prestations sont les mêmes que celles adoptées pour les pensions de vieillesse. Mais alors qu'en cas de retraite anticipée, la pension est généralement réduite de 5% par année en moins, en cas d'invalidité avant l'âge d'admission à la retraite, et pour ce qui concerne les droits béninois, burkinabé et togolais, les années en moins participent au calcul de la prestation comme tranches de six mois. On est donc presque doublement pénalisé de ne pas arriver, en disposition moyenne de ses capacités, à la retraite. Le régime malien opte pour la reconversion de la pension d'invalidité en pension de vieillesse anticipée, ce qui est à la rigueur un peu plus intéressant. Pour les assurés de moins de cinquante ans, le régime ivoirien propose une allocation d'invalidité, à condition pour la victime d'avoir cotisé pendant au moins dix ans.

L'ensemble des régimes prévoit une marge d'indemnité se situant entre un minimum de 60% du salaire minimum et un maximum de 80% du salaire moyen, cette marge valant également pour la pension de vieillesse.

Le supplément de pension d'invalidité pour recours de la victime à l'assistance d'une tierce personne, à défaut d'être indiqué dans la norme minimum, est prévu dans les régimes burkinabé, béninois et togolais où il est de 50% de la pension d'invalidité.

Les prestations de survivants sont versées, en cas de décès d'un titulaire de pension ou d'un assuré pouvant prétendre à une pension, à la veuve ou aux orphelins, soit sous forme de pension de survie ou alors sous forme d'allocation aux survivants.

La pension aux survivants diffère suivant qu'elle est attribuée à la veuve ou veuf invalide d'une part ou d'autre part, aux orphelins. À la veuve, la pension de survivant accordée est de moitié de la pension de retraite ou d'invalidité, dans l'ensemble, les régimes étudiés posant un certain nombre de conditions tenant à l'âge du bénéficiaire, à une charge d'enfant et à la durée de mariage. Les seules conditions qu'on peut relever dans la norme internationale de sécurité sociale sont : pour la veuve, être l'épouse du défunt, soutien de famille, et ne pas exercer une activité rémunérée, légalement prescrite comme suspendant la prestation, les autres survivants indiqués étant les enfants. Les gains de la veuve bénéficiaire peuvent toutefois, lorsqu'ils dépassent un certain montant, motiver une réduction de la pension dite de survie.

Les régimes sénégalais, ivoirien et béninois versent des prestations d'invalidité seulement aux veuves pouvant justifier de cinquante ans d'âge. À défaut de remplir cette dernière condition, le droit ivoirien exige au moins deux ans de mariage ou un enfant à charge, le régime sénégalais, pour sa part, exigeant que la veuve élève au moins deux enfants de moins de dix-huit ans. Dans le système togolais, on exige que la veuve ait au moins quarante ans ou à défaut, soit invalide, alors qu'au Mali, la loi exige seulement deux ans de mariage. La législation burkinabé qui pose la condition minimale d'un an de mariage, permet une dérogation si la veuve est en état de grossesse ou a un enfant à charge.

Il faut noter que dans l'ensemble des législations étudiées, le veuf de l'assurée défunte est admis à la pension de survie à condition qu'il soit invalide à

charge, marié au moins un an à l'assurée avant le décès en droit béninois, et qu'il justifie en droit sénégalais de cinquante-cinq ans d'âge.

La pension de survie octroyée aux enfants orphelins est du quart de la pension du défunt pour chacun en droits togolais (jusqu'à seize ans), béninois et burkinabé (jusqu'à quatorze ans), les orphelins de père et mère bénéficiant, quant à eux, d'une part de 40% chacun. Le régime béninois, à défaut de poser une limite d'âge, se réserve la possibilité d'accorder 50% de la pension du défunt à l'ensemble des orphelins à partir de deux enfants. Cette disposition prend en compte la réalité de ces pays où les enfants à charge restent nombreux malgré les limites d'âge, ce qui rend souvent inapplicable les pourcentages applicables par enfant. C'est dans ce sens que la droit malien en accordant 10% de la pension de l'assuré à chaque enfant de moins de quatorze ans, prévoit un maximum de 50% pour l'ensemble des orphelins, ses homologues sénégalais et ivoiriens optant pour des prestations semblables et allouant 20% de la pension du défunt aux orphelins de père et mère (de moins de dix-huit ans au Sénégal et seize en Côte d'Ivoire).

Les prestations de survie sont aussi versées sous forme d'allocation indemnitaire, les régimes béninois et togolais la faisant correspondre à un mois de pension de base pour chaque tranche de six mois d'assurance lorsque le défunt ne remplit pas les conditions d'octroi d'une pension normale à son décès. Dans les mêmes conditions négatives, les législations malienne et burkinabé prévoient une indemnité d'un mois de pension de vieillesse pour chaque tranche de six mois de cotisation. Les droits sénégalais et malien ne prévoient pas d'allocation indemnitaire pour les survivants au cas où leur soutien défunt n'était pas éligible à la pension.

Le régime de sécurité sociale tel que présenté peut s'adjoindre dans nombre de cas, d'initiatives de type complémentaire mais surtout appelées à pallier les insuffisances. Ces régimes sont institués à titre privé dans le cadre de certaines entreprises et mouvements socioprofessionnels. Ces initiatives sont peu développées et s'élaborent au sein de mutuelles et d'associations facultatives à but non lucratif ayant pour objet de mener des activités de prévoyance, d'entraide et de solidarité en matière de risques sociaux. En Afrique subsaharienne, la mutuelle couvre un champ d'actions diversifié, le trait essentiel étant la mise en commun comme moyen de résoudre les problèmes prioritaires rencontrés par les membres en matière financière, de scolarisation ou en cas d'événements sociaux heureux ou malheureux, etc. La Mutec, mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture du Mali, est née pour répondre au besoin des travailleurs ci-haut nommés de mettre en place un système de solidarité capable de leur assurer de meilleures conditions de départ à la retraite, de mieux les garantir en cas de maladie mais encore de leur permettre de régler les préoccupations d'ordre alimentaire face aux fréquents retards de paiement des salaires.

Les recommandations sur la protection sociale en Afrique subsaharienne, issues des rencontres tripartites sous-régionales (Dakar, Abidjan, Yaoundé)¹¹, insistent sur la nécessité pour les États de réhabiliter et consolider les régimes de sécurité sociale existants afin de garantir aux fonctionnaires et travailleurs salariés protégés une sécurité du revenu. Dans la même veine, et pour ce qui est du fonctionnement des régimes, a été formulé le besoin d'améliorer la gestion comptable, financière et technique des Caisses en adoptant, entre autres, une organisation financière adaptée aux produits et une pratique de gestion séparée des branches de sécurité sociale. En addition, un large programme d'extension de la couverture sociale a été prévu en trois volets spécifiques à savoir, d'abord, l'extension du champ matériel de protection : assurance maladie sous forme mutualiste; en deuxième lieu, l'extension du champ personnel de la protection : prise en charge des travailleurs temporaires et ceux des professions libérales, des travailleurs non salariés et/ou de l'informel) puis enfin, l'extension de la protection aux plus démunis. Au sein des couches sociales exclues du dispositif de sécurité sociale et pour lesquelles est recommandé le processus d'élargissement, nous pouvons repérer plusieurs formes complexes de solidarité qui tiennent lieu d'alternatives en attendant une éventuelle mise en œuvre de l'extension qui demanderait, à notre avis, une véritable restructuration du modèle d'organisation sociale hybridé et sans corps d'ensemble qui caractérise les institutions sociales en Afrique de l'Ouest.

II. Impasses sociales pour la majorité exclue des systèmes formels de sécurité sociale

Les nombreuses personnes exclues du système de sécurité sociale, peuvent compter sur l'assistance publique dont les mesures intéressent d'une part l'action de santé publique qui, en Afrique subsaharienne, est essentielle en l'absence d'assurance maladie universelle, puis, d'autre part, les mesures promues par le service des affaires sociales. Ces deux formes d'assistance relèvent de la responsabilité de l'État qui fait œuvre de solidarité nationale. Ces mécanismes relevant de la sphère publique sont également de moindre accessibilité et ne constituent presque pas, pour la majorité des citoyens, des instances de recours en vue de la satisfaction des besoins sociaux. Finalement, les seuls lieux les plus courants de protection sociale sont dans la famille élargie et dans les divers réseaux sociaux entretenant en chaque personne un ensemble de croisements pragmatiques, ce qui place en somme les solidarités domestiques à la

¹¹ P. Kane, J. Audibert et F.L. Gbossa, *Recommandations sur la protection sociale* (document de synthèse), BIT (Bureau Régional pour l'Afrique, EMACO), Genève, Septembre 1997. Ce document présente de façon synthétique l'ensemble des propositions des réunions tripartites :
- de Dakar (octobre 1994) sur la mise en œuvre des mesures d'accompagnement visant à atténuer les effets sociaux négatifs de la dévaluation du franc CFA.
- d'Abidjan (octobre 1996) faisant le point des missions de conseils et assistance technique engagées par le BIT sur demande des États aux fins de cibler les problèmes que connaît le système de protection sociale dans les pays de la zone franc.
- de Yaoundé (avril 1997) sur le développement économique et social durable et particulièrement sur les questions de création d'emploi ainsi que de réforme de la couverture sociale.

base du sens solidaire moderne, le sens moderne étant contemporain des stratégies de survie.

Nous décrivons dans un premier moment les éléments limités de l'assistance publique pour nous attarder dans un second temps sur la portée et la viabilité pour l'avenir des solidarités coutumières qui sont encore, malgré tout, l'alternative de taille en matière de prise en charge des besoins sociaux.

A. Les mesures limitées d'assistance publique

Le service de santé publique a été organisé sous forme d'assistance puisque le principe de son institution est basé sur l'idée de fournir des soins de santé à l'ensemble de la population, ce qui en pratique est loin de la réalité affichée aujourd'hui. Le service des affaires sociales, ayant à la base pour fonction de pourvoir à l'ensemble des personnes démunies de prestations nécessaires, se trouve entraîné dans une dispersion sérieuse devant la somme et la diversité des besoins. Une autre limite d'ordre plus organisationnel, cette fois, la maintient dans une forme très résiduelle à travers l'absence d'élaboration d'un projet social engagé pour donner des solutions concrètes aux nombreux problèmes sociaux devenus presque ordinaires dans cette partie de l'Afrique.

1. LA SANTÉ PUBLIQUE

La structure sanitaire des pays d'Afrique subsaharienne se présente sous la forme suivante :

- au sommet, le ministère de la santé, organe central, gère la direction générale de la santé et les directions techniques relatives aux diverses branches de la santé
- à la base, le système de soins s'organise à trois niveaux à savoir les centres hospitaliers universitaires et régionaux dans les capitales et les grandes villes, les hôpitaux à portée technique plus réduite dans les villes moyennes et dans les sous-préfectures et villages, des unités de soins périphériques (dispensaires, centres de santé, centres médico-sociaux).

Les centres hospitaliers universitaires sont les lieux de recherche et de spécialisation en matière de soins de santé générale et de soins chirurgicaux. À ces centres sont rattachés les formations de cadres de santé. L'intérêt, ici, est de faire remarquer que les médecins restent dans ces milieux de villes, pratiquent des soins de plus en plus en cabinet privé et sont donc devenus encore plus inaccessibles aux personnes sans revenu et nécessitant des soins parfois spécifiques. Dans les petites villes et les villages, les assistants médicaux et infirmiers, en nombre restreint par rapport aux demandes, manquent d'équipements et en général de moyens pour administrer les soins nécessaires.

Les décennies des années soixante et celle des années soixante-dix n'ont pas donné les résultats attendus, les structures hospitalières ayant été modestement étendues aux zones rurales sur les plans technologiques et géographiques. Les maladies endémo-épidémiques tropicales ont été contrôlées et des services de santé de base assurés, même si certaines limites restaient à être dépassées pour la couverture générale. Le personnel de santé fut formé en quantité non-négligeable et des chercheurs ont initié des programmes de santé importants. Toutefois, à l'approche de médecine publique et sociale gratuite, on a substitué un système médical subventionné par l'État où, en gros, seule l'administration de soins est prise en charge, de même que des prestations en nature, relatives à la prévention et aux actes médicaux primaires. La crise économique des années quatre-vingt sera constitutive d'une lourde hypothèque pour le développement sanitaire des pays de l'Ouest africain. Les services et prestations de santé de base ont vu leur rythme et progression s'arrêter du fait de la diminution de plus en plus importante des ressources. Les établissements publics de soins avaient des difficultés à administrer des soins de qualité aux citoyens disposant, peu ou prou de revenus et les ressources pharmaceutiques ont diminué au même rythme où leur prix ont augmenté, au-delà des capacités de la grande majorité.

À l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la *Déclaration d'Alma-Ata* (U.R.S.S.) de 1978¹² proposait de séparer la couverture sanitaire du statut de l'emploi pour arriver à la santé pour tous au moyen des soins de santé primaires, programme de couverture universelle à mettre en place par les gouvernements. Seulement, au dixième anniversaire de cette déclaration, il a été reconnu que la déclaration n'était pas réalisable dans la plupart des pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure incluant les pays étudiés dans ce texte. Aussi, la *Charte d'Ottawa*¹³ de l'OMS a-t-elle convié en 1986 les États à assumer la mise en œuvre de l'objectif de santé pour tous en « devenant propriétaire et maître de leurs propres objectifs et de leur destin ».

Les États africains, face à la crise des systèmes de santé¹⁴, ont donc mis en place un système de soins de santé primaires basée sur le financement communautaire en vue de permettre un accès majoritaire aux soins de santé de base. Le programme intitulé « Initiative de Bamako »¹⁵, adopté avec l'appui de l'UNICEF et de l'OMS, organise la stratégie de financement communautaire en vue de mobiliser des

¹² Organisation mondiale de la santé (OMS), *Primary Health Care : Report of the International Conference on Health Care (6-12 September 1978)*, Genève, (1978).

¹³ Organisation mondiale de la santé (OMS), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé une Conférence internationale pour la promotion de la santé vers une nouvelle santé publique (17-21 novembre 1986)*, Genève, (1986).

¹⁴ Une étude de la Banque Mondiale dans trente-trois pays d'Afrique subsaharienne montre que seuls sept pays disposent en 1987 de système d'assurance-maladie avec un taux de couverture totale de la population entre 0,001 % en Ethiopie et 11,4 % au Kenya. Voir : P.R. Shaw et M. Ainsworth, *Financing Health Services Through User Fees and Insurance : Case Studies from Sub-Saharan Africa*, Banque Mondiale, Washington, (1995).

¹⁵ Organisation mondiale de la santé (OMS), *The Bamako Initiative: Women's and Children Health Through the Funding and Management of Essential Drugs at Community Level*, AFR/RC37/R.1, Genève, (1988).

ressources complémentaires des subventions étatiques de loin insuffisantes. Quatre grands traits caractérisent ce programme à savoir :

- des lignes de crédit budgétaire de l'État au bénéfice de la formation sanitaire en termes de salaires, de renouvellement des équipements et de règlement des frais de consommation d'eau, d'électricité et de téléphone ;
- un apport financier de la population au lieu du principe obsolète de la gratuité des soins, les patients devant payer les prix de consultation, les prix des actes médicaux et ceux des médicaments dits essentiels dont la facilité de distribution est permise sous forme de médicaments génériques pour amoindrir les coûts ;
- la cogestion des recettes issues de la cession des médicaments essentiels et des prestations payantes données par le personnel soignant par le biais du comité de gestion composé de membres des communautés locales. Le comité contrôle non seulement les recettes mais également les allocations portées au compte des dépenses de santé prioritaires;
- la participation effective de représentants des populations à la direction des formations sanitaires et leur fonctionnement notamment pour ce qui concerne l'élaboration et le suivi des programmes de développement de services de soins de santé primaires.

L'initiative de Bamako, à travers ses propositions, tend à renforcer les soins de santé primaires en leur donnant une assise communautaire en vue d'une meilleure couverture sanitaire des besoins essentiels et la réduction de la morbidité ou mortalité. On peut relever l'aspect intéressant de la participation communautaire au plan décisionnel comme un moyen de prendre assez en compte les besoins locaux même si la portée générale des décisions reste limitée aux soins qu'il est possible d'administrer dans chaque unité médicale. En effet, au niveau du district, unité décentralisée de base, les membres des villages et quartiers participent à la constitution du budget exécutif et en principe sont appelés à collaborer, avec toutes les institutions, gouvernementales ou non, œuvrant pour la santé, pour la sécurité sociale, du secteur privé de type moderne ou traditionnel, afin de rendre effective la santé au foyer, dans les écoles, les lieux de travail et dans l'ensemble des collectivités sociales locales. Mais à ce niveau, il faut noter que la majorité des personnes ne peut financièrement participer à la constitution des budgets et se trouve exclue des processus de décision. Ce groupe majoritaire d'exclus comprend une part importante de personnes qui se soignent chez les guérisseurs traditionnels en donnant une contrepartie en nature à défaut d'argent. Pour véritablement prendre en charge les besoins locaux de santé et rendre effective la santé dans les collectivités de base, il serait indispensable d'associer les praticiens des thérapies traditionnelles mais aussi d'intégrer leurs remèdes à partir d'études cliniques positives.

Notons que le niveau intermédiaire des provinces ou régions bénéficient de structures plus équipées en vue d'apporter aux districts dont ils supervisent les

activités, un appui hospitalier en cas de maladies chroniques et menaces de traumatisme ou alors pour fournir des services de santé publique. Le niveau central unique de gestion des problèmes stratégiques ou encore d'administration de soins techniques et technologiques, n'est pas remis en question mais l'accent est mis sur les unités de soins périphériques qui doivent en permanence fournir un paquet de soins maternels et infantiles sous forme aussi bien préventive que curative comportant un volet de services de promotion sanitaire. La deuxième mission stratégique des unités de soins périphériques est de gérer la vente des médicaments essentiels commandés en accord avec les membres du comité et avec le visa de la direction préfectorale de santé.

En marge de ce mouvement communautaire de soins de santé, se développent des mutuelles de santé qui, à titre privé, organisent des formes de solidarité autour de l'auto-assistance et de la répartition du risque de santé. Ces mouvements sont encore timides et n'ont pas le cadre politique et juridique approprié pour les accompagner et leur offrir le soutien technique, financier et institutionnel nécessaire. Il faut noter toutefois qu'en Côte d'Ivoire, le plan national de développement sanitaire (PNDS), conçu en 1996, met en priorité dans ses objectifs et programmes stratégiques, la mutualisation du risque maladie, la mutualité étant pressentie comme le mode collectif de prise en charge le plus fonctionnel par rapport au contexte ivoirien (proportion très faible de salariés dans la population active et difficultés financières des institutions étatiques) pour généraliser la couverture du risque de maladie. D'ailleurs, ce pays a accueilli en 1998 un atelier de travail de haut niveau sous l'égide du BIT consacré à l'élaboration d'une plate-forme de mise en application de la micro-assurance¹⁶ dans les pays de l'Afrique occidentale et centrale où quelques projets pilotes sont à l'étude. La *Plate-forme d'Abidjan*¹⁷ pose les points-clés du projet d'institution de la micro-assurance dans les termes qui suivent:

- les institutions de la micro-assurance sont d'ordre démocratique, volontaire, autonome, participatif, communautaire et désintéressé, ce qui est pratique par rapport aux besoins locaux tout en nécessitant une formation au niveau local et de terrain ou un apprentissage par l'action en vue de la couverture plus rapide des groupes exclus de la protection maladie grâce à l'établissement de liens avec les mouvements sociaux;
- les institutions de micro-assurance nécessitent pour leur efficacité que les membres soient responsabilisés, qu'ils développent, avec les autorités des relations assez équilibrées, avec les structures de santé des relations contractuelles pour des prestations sanitaires. Pour ce faire, la Plate-forme d'Abidjan a invité les États à créer un environnement politique et juridique favorable au développement des institutions de micro-assurance sans intervenir dans leur gestion quotidienne;

¹⁶ M.D. Dror et C. Jacquier, « Micro-assurance: élargissement de l'assurance maladie aux exclus » (1999) 52 *Revue internationale de la sécurité sociale* 87.

¹⁷ *Ibid.* à la p. 113.

- pour faire des institutions de micro-assurance des régimes fiables, la Plateforme signale la nécessité de mettre sur pied des capitaux, des fonds de garantie et un contrat de réassurance.

Il est donc légitime, en attendant la mise en œuvre de ce projet, d'interroger la pratique des services des affaires sociales quant à l'assistance publique.

2. LES SERVICES DES AFFAIRES SOCIALES ET L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Les services des affaires sociales sont un héritage des services des actions sociales mis en place pendant la colonisation. Suivant les pays, les prestations divergent du point de vue du volume des actions et du domaine d'intervention. Mais on peut relever, en général, que sont instituées des actions en faveur des nécessiteux, des aides financières ou allocations aux élèves et étudiants en difficulté, des subventions aux établissements sociaux (centres pour handicapés, centres de réinsertion sociale, centres d'éducation pour mineurs délinquants, centres communautaires etc.) ou encore des aides d'urgence en cas de sinistres ou autres catastrophes naturelles. L'ensemble des initiatives ne pose pas de critères objectifs clairs connus de l'ensemble de la population sous forme de droit à l'assistance, ce qui donne l'image d'un tissu résiduel pour les rares personnes informées qui sont justement proches des administrations et des fonctionnaires. Du coup l'assistance, organisée par différents secteurs des institutions publiques, est politiquement négociée dans les réseaux sociaux divers puisque les aides sont consenties de façon ponctuelle sur décision discrétionnaire des fonctionnaires, sans possibilité d'appel. On a pu constater que des programmes d'aide et d'assistance ont été de nombreuses fois détournés vers des réseaux commerciaux ou au profit personnel de fonctionnaires.

Sur le plan du contenu des initiatives, il faut noter une grande dispersion et un manque de coordination structurelle efficace avec les services de sécurité sociale et les services connexes, ce qui n'est que le corollaire de l'absence de projet socio-politique prenant en compte les besoins sociaux des citoyens. Cette absence de structuration d'ensemble laisse place aux initiatives privées des organisations caritatives nationales et internationales qui prennent en charge suivant leurs critères et leurs moyens une part importante des problèmes sociaux. Au nombre de ces organisations, on peut citer les missions chrétiennes et les ONG de développement ou encore certaines associations villageoises dirigées par des élites nationales. Au plan scolaire et sanitaire, les missions religieuses et, de plus en plus, plusieurs mouvements sectaires, en s'implantant dans ces pays, construisent des écoles, des centres d'apprentissage et des hôpitaux spécialisés ou de médecine générale, ce qui leur fait reconnaître un rôle social non négligeable. Le prix à payer pour bénéficier de ces initiatives est malheureusement pour les citoyens qui sont confrontés à la survie de perdre leur liberté d'expression et de répondre le plus souvent aux demandes explicites ou implicites des assistants privés, même si à travers ces parcours se créent nombre de réseaux d'intégration sociale.

Les ONG nationales et internationales organisent des programmes d'intervention en matière de développement et parviennent à sortir certains de l'ornière de l'exclusion.

Au bilan, force est de noter que les institutions publiques ont la responsabilité d'organiser en leur sein un programme global de lutte contre l'exclusion et la réduction de la pauvreté en coordonnant les initiatives possibles au sein de chaque département, et aussi de prévoir un créneau stratégique d'intervention contre la pauvreté ou en faveur des populations marginalisées, créneau dans lequel s'inscriraient les initiatives nationales et internationales de développement. De surcroît, les gouvernements devraient définir dans l'ordre juridique, un ensemble de critères objectifs pouvant définir un droit à l'assistance et des prérogatives de recours quant à la jouissance et l'exercice de ces droits.

L'assistance publique et avant cela le système de sécurité sociale sont, pour l'heure, une série de privilèges, d'abord pour les fonctionnaires et leur famille (entendue au sens strict et indirectement au sens large comprenant les réseaux socio-familiaux), ensuite pour les travailleurs d'entreprises structurées qui eux aussi entretiennent en plus de leur famille de type mononucléaire, un ensemble de personnes à travers les obligations de solidarité. La majorité exclue des systèmes formels participe donc au jeu de la redistribution de façon indirecte et complexe à un ensemble d'échanges dont le maître-mot est la solidarité. Ces échanges que nous présenterons ici dans une optique socio-anthropologique, seront analysés dans leurs expressions contemporaines et abordées sous la dénomination des solidarités domestiques.

B. Les solidarités domestiques et la protection sociale coutumière

Les solidarités domestiques sont animées par des principes traditionnels ou coutumiers de prise en charge collective et restent encore en Afrique subsaharienne, d'un dynamisme certain, ce qui amène à les envisager sérieusement non plus comme des « à-côtés » de la protection formelle, mais comme principe social cardinal à l'aune duquel se déroulent des partages solidaires. En effet, à notre avis inspiré de la relecture des pratiques solidaires, le système domestique de protection porte l'ilot de prestations offert aux privilégiés, comme un « supplément pragmatique » à la manne disponible pour soutenir les échanges ou partages solidaires.

Le sens solidaire n'est pas à l'abri de la corruption qui, de plus en plus, dans le contexte moderne d'exclusion, de déstructuration familiale et de pression capitaliste, érode en ses fondements l'institution traditionnelle de partage.

1. LES SOLIDARITÉS DOMESTIQUES: DU SOUCI DE L'AUTRE AUX ÉCHANGES MUTUELS DE SERVICES

Nous avons opté pour le qualificatif domestique en récusant le vocable « informel » impropre à notre goût parce que visant de façon péjorative et

anthropocentrique le « non formel » ou « non officiel » comme une situation en marge de la modernité et du développement (à tout le moins pour ce qui concerne les pays africains étudiés, anciennement colonisés et fortement extravertis). De plus, l'adjectif domestique est plus précis que les termes génériques comme traditionnel, ancestral, coutumier ou communautaire, tout en ayant l'avantage de traduire sur le plan contextuel, la source et le lieu d'effectivité des solidarités. La grande maisonnée comprenant plusieurs générations d'individus de même famille élargie est un lieu de solidarité, la diaspora familiale partie de la « maisonnée-mère » et installée dans les zones urbaines où l'architecture moderne parfois les confine dans un « chez-soi », est source de solidarité; la proximité partagée d'habitation, de lieu de culte et de lieu de travail, etc., sont sources de solidarité à travers des réseaux pluriels d'attachements. Ainsi, les solidarités domestiques sont-elles productrices de liens et de protection.

Les solidarités domestiques sont l'ensemble des mécanismes par lesquels, les individus s'accordent mutuellement aide et assistance dans une dépendance réciproque au sein de la maisonnée, du quartier, village, tribu, clan, etc.. Dans ce processus complexe, chacun met en jeu les acquis propres à sa position sociale. La simple visite à un parent citadin ou pour transmettre une commission est couramment constitutive d'une première expérience de petit commerce, de services proposés, d'emploi domestique, informel ou de salariat. Tel neveu du village d'origine débarque en ville dans la maison et foyer conjugal de l'oncle salarié où il est pris en charge quant au logement et au repas, s'occupant en contrepartie de travaux ménagers, de tâches ponctuelles; puis travaille à ce domicile, à titre informel, à la maintenance et réparation d'appareils radiophoniques, activité pour laquelle il a été formé sur le tas. Sa clientèle se compte parmi les membres de la famille, du quartier ou des amis qui passent à la maison dont l'infirmier du quartier qui lui facilite l'accès aux soins, ce qui n'est pas le cas des patients anonymes qui sont plutôt rares.

Il y a dans cet esprit solidaire des services réciproques qui ne sont pas appréciés de façon proportionnelle mais sous forme d'échanges *sui generis* avec des pôles de réciprocité décalés dans le temps, l'espace et le contenu. La réciprocité est organisée dans des termes souples en permanence renégociés, l'essentiel étant pour tous d'être dans la convention du partage. Régine Bonnardel¹⁸, dans une étude sur les femmes, les villes et l'informel en Afrique au sud du Sahara, écrit que leurs « activités sont à appréhender [...], non pas au niveau de l'emploi individuel, mais de l'unité socio-économique que forme la famille, sous l'angle des moyens monétaires que celle-ci s'efforce de réunir, jour après jour, par l'apport de ceux de ses membres qui ont la chance de pouvoir travailler dans une occupation rémunérée ». Elle ajoute que « le repas du soir peut ainsi être assuré par les gains de trois, quatre, cinq personnes ayant des activités distinctes, parfois minuscules, dont aucune prise isolément ne permettrait, à son tenant de subsister ».

Dans leurs manifestations, les solidarités domestiques qui ne font pas de comptes au risque de s'aveugler et trahir les nobles idéaux de la prise en charge

¹⁸

« Femmes, villes et informel en Afrique au sud du Sahara », in C. Coquery-Vidrovitch et S. Nedelec (dir.), *Tiers-Monde: l'informel en question*, Paris, L'Harmattan, 1991, 285 pages.

collective doivent composer avec les techniques du type des assurances qui posent de façon comptable des règles du jeu de redistribution et de solidarité. À propos, une analyse de Pierre Bourdieu¹⁹ sur les questions de débrouillardise et de piston dans les sociétés d'Afrique du Nord (Algérie) montre sur un mode d'interprétation weberien que ces attitudes relèvent de la pénétration monétaire qui sonne le glas du monde enchanté communautaire et expriment le remplacement de l'esprit paysan par l'esprit de calcul. Cette interprétation pose deux logiques qui sont *a priori* en conflit à savoir :

- la logique capitaliste et son corollaire de l'individualisation des gains, logique qui en pratique n'est réalisée que partiellement du fait de la paupérisation générale;
- la logique de la reproduction sociale qui s'emploie à coup de survie familiale à surexploiter la famille ou le réseau familial de solidarité.

Ces logiques dans leur rencontre ne s'affirment pas dans une dialectique de substitution mais plutôt dans une approche de réappropriation à travers laquelle, Yao Assogba²⁰ dénote une « production de la modernité africaine par l'Afrique profonde des villes et des villages, [...] singularité africaine d'un lien social primordial ». Le « monde d'en bas », selon Jean-Marc Ela²¹, élabore des stratégies au coeur des groupes, des communautés ou structures transrelationnelles diverses en vue de créer des espaces sécuritaires: « face à la maladie, aux accidents, à la perte d'emploi ou à celle d'un procès en justice, les nouveaux citoyens continuent de raisonner dans le cadre de l'univers villageois en terme de parenté [...] ».

Les pratiques courantes montrent donc que dans l'espace critique des sociétés urbaines et rurales, les solidarités constituent pour les individus, non seulement, l'expression d'éléments stratégiques de survie mais tout autant le moyen de reproduction du lien social. En témoigne, par exemple, la tontine qui est une forme d'assurance multirisque à application libre suivant les personnes qui s'y engagent. Il s'agit d'un cercle de prêt ou d'une mutuelle autofinancée par les personnes participantes, ces dernières disposant chacun à son tour suivant une périodicité déterminée, de l'ensemble des parts. Le taux de cotisation est le même pour tous et chaque personne dispose de la mise du groupe suivant ses besoins. De plus, le tour des participants peut varier suivant les circonstances. En effet, un membre participant à rang prioritaire lorsqu'il se trouve face à un sinistre qui l'oblige à engager des frais

¹⁹ P. Bourdieu et A. Darbel, *Travail et travailleurs en Algérie*, Paris / La Haye, Mouton, coll. « Recherches Méditerranéennes », 1963, 566 pages.

²⁰ Selon l'approche de réappropriation défendue par certains sociologues africains et exposée par Yao Assogba, les changements sociaux viennent de la périphérie du système social, de là où des acteurs anonymes portent des valeurs nouvelles dans des activités sociales et économiques de « bricolage » et de « débrouille » dites de l'informel. Voir: Y. Assogba, « Sciences sociales et changement social en Afrique noire. Ébauche d'un dépassement de l'approche de la réappropriation » (2000) 31 *Économie et Solidarité* 113.

²¹ J.-M. Ela, *Innovations sociales et renaissance de l'Afrique noire. Les défis du " monde d'en bas "*, Paris, L'Harmattan, 1998, 425 pages.

(maladie, décès d'un membre de la famille, mariage, etc.). Les membres participants appartiennent à des réseaux sociaux variés dont la cellule élargie est un lieu de solidarité, la diaspora familiale partie de la « maisonnée-mère » et installée dans les zones urbaines où l'architecture moderne parfois les confine dans un « chez-soi », est source de solidarité; la proximité partagée d'habitation, de lieu de culte et de lieu de travail, etc., sont sources de solidarité à travers des réseaux pluriels d'attachements.