



**Organisation Internationale du Travail**



**Union des Comores**

# **Document-cadre de Politique Nationale de Protection Sociale**

**Avant projet**

**Novembre 2007**

---

## AVANT – PROPOS

A la demande du gouvernement des Comores, le Directeur général du BIT a confié à un expert en sécurité sociale, la mission d'appuyer le Gouvernement dans l'élaboration d'une Politique Nationale de Protection Sociale.

Cette mission a été effectuée en mars-avril 2007 et a pu disposer sur place de l'assistance technique du PNUD, Coordinateur du système des Nations Unies et de celle de la Caisse de Retraite des Comores dont la Directrice Adjointe avait été désignée comme point focal de la mission. La liste des personnalités rencontrées au cours de la mission figure en Annexe du rapport.

Le Directeur général du BIT tient à exprimer ses remerciements à toutes les personnes rencontrées au cours de cette mission, qui ont offert une entière collaboration et une aide continue au consultant.

## LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

BM	Banque Mondiale
BIT	Bureau International du Travail
CPS	Caisse de Prévoyance Sociale
CRC	Caisse de Retraites des Comores
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CIPRES	Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale
CDE	Convention relative aux Droits de l'enfant
CEDEF	Convention sur l'Elimination de Toutes les Formes de Discrimination à l'Egard des Femmes
DSCR	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
FMI	Fonds Monétaire International
FSEV	Fonds de Solidarité des Enfants Vulnérables
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DSRP-I	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté intérimaire
IPPTE	Initiative Pays Pauvres Très Endettés
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNPS	Politique Nationale de Protection Sociale
PIP	Programme d'investissement public

SCRP	Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

---

**SOMMAIRE**

<b>1. INTRODUCTION : CONTEXTE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>8</b>
<b>PREMIERE PARTIE : SITUATION ACTUELLE DE LA PROTECTION SOCIALE AUX COMORES ET EVALUATION DE LA PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE DANS LES STRATEGIES MACROECONOMIQUES .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE DANS LE CADRE INSTITUTIONNEL INTERNATIONAL ET LE CADRAGE CONCEPTUEL .....</b>	<b>15</b>
1.1.1 LA NOUVELLE APPROCHE POLITIQUE DU DEVELOPPEMENT DE L'OIT.....	17
1.1.2 CADRAGE CONCEPTUEL.....	18
<b>CHAPITRE 1 : LA SITUATION DE LA PROTECTION SOCIALE AUX COMORES.....</b>	<b>21</b>
<b>1.2 LE SYSTEME FORMEL DE SECURITE SOCIALE : UN CHAMP D'APPLICATION MATERIEL ET PERSONNEL TRÈS RESTREINT .....</b>	<b>21</b>
<b>1.2.1 UN CHAMP D'APPLICATION MATERIEL QUI A ÉTÉ RESTREINT AU LIEU D'ÊTRE ÉLARGI .....</b>	<b>21</b>
1.2.2 UN CHAMP D'APPLICATION PERSONNEL TRES REDUIT ET DES REVENUS DISTRIBUES DE FAIBLE AMPLEUR .....	22
1.2.3 DES DIFFICULTES INSTITUTIONNELLES AU NIVEAU DES ORGANISMES GESTIONNAIRES.....	24
<b>CHAPITRE 2 : PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE DANS LES STRATEGIES MACROECONOMIQUES DES COMORES .....</b>	<b>27</b>
<b>1.3 QUELS SONT LES ÉLÉMENTS DE PROTECTION SOCIALE CONTENUS DANS LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET DANS LES PLANS D' ACTIONS DU DSCRP DES COMORES ?.....</b>	<b>27</b>
1.3.2. DE L' ABSENCE DE PROGRAMMES RELATIFS À LA PROTECTION SOCIALE DANS LE PLAN D' ACTION 2006-2009	28
1.3.3. DE L'URGENCE A CONSACRER UN AXE SPECIFIQUE A LA PROTECTION SOCIALE.....	30
1.3.4. CONSEQUENCE DE LA NON PRISE EN COMPTE DE LA PROTECTION SOCIALE DANS LES POLITIQUES MACROECONOMIQUES : L' ABSENCE D' INDICATEURS RELATIFS A LA PROTECTION SOCIALE DANS LE DSCRP DES COMORES.....	31
<b>DEUXIEME PARTIE : DIAGNOSTIC DE LA VULNERABILITE ET .....</b>	<b>32</b>
<b>DE LA PAUVRETE AU COMORES .....</b>	<b>32</b>
<b>2.1. POURQUOI FONDER LA POLITIQUE DE PROTECTION SOCIALE SUR UNE APPROCHE VULNÉRABILITÉ/PAUVRETÉ ? .....</b>	<b>32</b>
<b>2.2. L'AMPLEUR DE LA PAUVRETÉ AUX COMORES.....</b>	<b>33</b>
<b>2.3. DE LA CORRÉLATION ENTRE LA VULNÉRABILITÉ EN TANT QUE VISION DYNAMIQUE DE LA PAUVRETÉ ET LA PROTECTION SOCIALE.....</b>	<b>37</b>
<b>2.4. DU CLASSEMENT DES GROUPES VULNÉRABLES AUX COMORES ET DE LA NÉCESSITÉ DE MENER UNE STRATÉGIE INTÉGRÉE DE LUTTE PAR LA PROTECTION SOCIALE .....</b>	<b>38</b>
<b>2.5. VERS UNE REDÉFINITION DE LA PROTECTION SOCIALE : APPROCHE PAR OBJECTIF ET APPROCHE PAR INTERVENTION.....</b>	<b>39</b>
2.5.1 UNE NOUVELLE APPROCHE DE LA PROTECTION SOCIALE .....	39
2.5.2 PROTECTION SOCIALE, PRODUCTIVITE ET CROISSANCE ECONOMIQUE AUX COMORES .....	40
<b>TROISIEME PARTIE : LA REPONSE DE LA POLITIQUE DE PROTECTION SOCIALE .....</b>	<b>42</b>
<b>CHAPITRE 1 : OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE ET LA REPONSE POLITIQUE QU'ELLE PEUT APPORTER.....</b>	<b>42</b>
<b>3.1 LES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE .....</b>	<b>42</b>
<b>3.2 LA RÉPONSE POLITIQUE ET LE RÔLE ATTENDU DE LA PROTECTION SOCIALE.....</b>	<b>42</b>

<b>3.3 LES PRINCIPES DIRECTEURS DE LA POLITIQUE NATIONALE .....</b>	<b>44</b>
<b>CHAPITRE 2 : LES REPNSES DE LA POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE SUIVANT LE CADRAGE DE LA PROBLEMATIQUE PAR BRANCHE ET L’EVALUATION DES BESOINS .....</b>	<b>45</b>
<b>3.4 PERSONNES ÂGÉES SANS PENSION .....</b>	<b>45</b>
<b>3.5 VULNÉRABILITÉ LIÉE À LA PERTE DE CAPACITÉ DE TRAVAIL .....</b>	<b>47</b>
<b>3.6 VULNÉRABILITÉ LIÉE À LA PAUVRETÉ INFANTILE ET AUX DISCRIMINATIONS ENVERS LES EN CAS DE MATERNITÉ ET DE VEUVAGE .....</b>	<b>49</b>
<b>3.7 VULNÉRABILITÉ LIÉE AU DÉCÈS DU SOUTIEN DE FAMILLE .....</b>	<b>50</b>
<b>3.8 VULNÉRABILITÉ LIÉE À L’ABSENCE D’EMPLOI.....</b>	<b>51</b>
<b>3.9 VULNÉRABILITÉ LIÉE À LA MALADIE.....</b>	<b>52</b>
<b>3.9.1 LE NIVEAU D’IMPLANTATION DES MUTUELLES DE SANTÉ .....</b>	<b>53</b>
<b>3.9.2 UN DISPOSITIF CONTRIBUTIF À GÉNÉRALISER : LA MUTUELLE DE SANTÉ DES MILITAIRES .....</b>	<b>57</b>
<b>3.10 L’APPROCHE SPÉCIFIQUE POUR LES GROUPES TRÈS VULNÉRABLES.....</b>	<b>57</b>
3.10.1 LA PROBLEMATIQUE GENERALE DES GROUPES TRES VULNERABLES .....	57
3.10.2 LA SITUATION DES HANDICAPES ET DES INDIGENTS.....	58
3.10.3 LA STRATEGIE SPECIFIQUE POUR LA PROTECTION DES ENFANTS LES PLUS VULNERABLES AUX COMORES : UNE AVANCEE SIGNIFICATIVE DANS LA PROGRAMMATION.....	58
<b>QUATRIEME PARTIE : PROPOSITION DE PLAN D’ACTIONS ET D’INDICATEURS DE LA PROTECION SOCIALE.....</b>	<b>63</b>
<b>CHAPITRE 1 : LE PROJET DE PLAN D’ACTION.....</b>	<b>64</b>
4.1 PREMIERE SERIE DE MESURES : LES ACTIONS TRANSVERSALES .....	64
<b>4.2 DEUXIÈME SÉRIE DE MESURES : PLAN D’ACTIONS D’URGENCE POUR LES ORGANISMES DU SECTEUR FORMEL ET LES SALARIÉS.....</b>	<b>65</b>
<b>4.3 TROISIÈME SÉRIE DE MESURES : L’EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE AUX AUTRES CATÉGORIES VULNÉRABLES DE LA POPULATION.....</b>	<b>71</b>
<b>CHAPITRE 2 : LES PROPOSITIONS D’INDICATEURS.....</b>	<b>76</b>
<b>4.4. QUELS SONT LES ENJEUX ET LES OBJECTIFS DE LA CONSTRUCTION D’UNE LISTE RESTREINTE D’INDICATEURS DE PROTECTION SOCIALE DANS LE CADRE DU SUIVI DU DSCRP ? .....</b>	<b>76</b>
<b>4.5 QUELS SONT LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D’INDICATEURS PROPOSÉS.....</b>	<b>78</b>
4.5.1 LES INDICATEURS MACRO ECONOMIQUES GENERAUX DE LA COUVERTURE SOCIALE .....	78
4.5.2 LES SOUS INDICATEURS PROPOSES PAR BRANCHE DE RISQUES SOCIAUX .....	80
<b>4.6 LE PLAN DE MISE EN ŒUVRE D’UN DISPOSITIF DE SUIVI DES INDICATEURS .....</b>	<b>81</b>

## **LISTE DES TABLEAUX :**

**Tableau n° 1 :** Analyse des rôles et des capacités des obligataires

**Tableau n° 2 :** Indicateur de la protection sociale suivant l’approche de la Sécurité sociale fondée sur le développement de l’OIT

## **LISTE DES ENCADRES :**

- Encadré n°1 :** Stratégies nationales de développement, approche DSRP et réduction effective de la pauvreté
- Encadré n°2 :** L'élimination de la pauvreté par la protection sociale : l'exemple de la Finlande
- Encadré n°3 :** Nouveaux mécanismes participatifs de conception des DSRP
- Encadré n°4 :** Absence d'éléments relatifs à la protection sociale dans la SCRP des Comores
- Encadré n°5 :** Part des dépenses de Protection sociale dans le PIB
- Encadré n°6 :** Phase actuelle du programme du CIDR
- Encadré n°7 :** La nécessaire implication du BIT dans l'appui à l'extension de l'assurance-maladie
- Encadré n°8 :** Lien entre la micro-finance et la micro-assurance santé
- Encadré n°9 :** Les indicateurs, outil de dialogue et de concertation
- Encadré n°10:**Un indicateur de suivi efficace : la part de dépense de protection sociale dans le PIB

## **LISTE DES GRAPHIQUES :**

- Graphique n° 1 :** Enquête intégrale sur les ménages (EIM) - 2004
- Graphique n°2 :** Enquête sur la pauvreté aux Comores (2000)

## **LISTE DES FICHES TECHNIQUES**

- Fiche technique n° 1 :** processus de préparation de la PNPS et d'intégration de la protection sociale dans le DSRP
- Fiche technique n° 2 :** TDR Atelier technique tripartite sur l'élaboration de la Politique Nationale de Protection Sociale
- Fiche technique n°3 :** Document de projet d'appui pour l'extension de la Sécurité Sociale des travailleurs salariés

## **LISTE DES ANNEXES**

- Annexe 1 :** Liste des personnes rencontrées
- Annexe 2 :** Liste des participants aux différents groupes thématiques
- Annexe 3 :** Indicateurs de l'OIT
- Annexe 4 :** Indicateurs de suivi de la SCRP des Comores
- Annexe 5 :** Assistance au développement dans le domaine de la Santé aux Comores : flux, instruments et coordination
- Annexe 6 :** Projet d'ordonnance portant création d'un organisme de protection sociale aux Comores
- Annexe 7 :** Liste des documents consultés

## 1. INTRODUCTION : CONTEXTE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

### LE CONTEXTE

L'Union des Comores compte environ **798 000** habitants répartis sur les trois îles de Grande Comores, Anjouan et Mohéli, couvrant une superficie totale de 1860 km<sup>2</sup>. De par sa taille réduite, le pays connaît une forte densité de population. Le taux d'accroissement est de 2,1% par an, soit un potentiel de doublement en 33 ans.

Elle connaît une situation politique, économique et sociale très dégradée, suite en particulier à une certaine instabilité institutionnelle, qui n'a pratiquement pas permis aux gouvernements successifs de s'attaquer aux difficultés structurelles, telles que la surpopulation dans certaines zones, la pauvreté et l'exclusion sociale de certaines catégories de la population.

Le processus de paupérisation est particulièrement avancé ; la crise séparatiste, en voie de résolution, a largement contribué à aggraver les chocs liés à la malnutrition, à l'érosion des terres, aux problèmes de santé et à l'absence PNUD d'une politique de protection sociale de la quasi totalité de la population.

L'Indice de Développement Humain de l'Union des Comores est à la 132<sup>ème</sup> place sur 177 pays. Quarante cinq pour cent de Comoriens vivent en deçà du seuil de pauvreté, les services sociaux ne peuvent répondre aux besoins. Les indicateurs sociaux affichent des taux critiques : le taux d'analphabétisme est de 56%, l'espérance de vie à la naissance est de 60 ans et le taux de mortalité infantile de 59/1000.

La nécessité de mettre en œuvre une Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (SCR) a conduit le gouvernement à adopter en 2003 un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté intérimaire (DSRP-I). Ce document, actualisé en juin 2005, intègre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Cette stratégie, complétée par un programme d'investissement public et par un *Plan d'Actions pour la période 2006-2009*, comporte des axes d'intervention parmi lesquels figurent:

- la création de conditions d'un développement économique durable ;
- l'amélioration de l'état sanitaire de la population ;
- la promotion de l'éducation et de la formation professionnelle en vue d'améliorer le capital humain.

La Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International ont fait connaître leur approbation à ce *Plan d'Action* avant la Conférence des bailleurs de fonds qui s'est tenue à Maurice, en décembre 2005.

Il ressort des différents rapports qu'aujourd'hui, l'Union des Comores doit, d'une part, poursuivre la mise en place et l'opérationnalisation des nouvelles institutions constitutionnelles et, d'autre part, faire face aux innombrables défis de développement, en particulier la relance de la croissance et la réduction de la pauvreté.

Elle a donc plus que jamais besoin de l'accompagnement de ses partenaires au développement pour consolider les divers acquis de la réconciliation nationale et améliorer

rapidement les conditions de vie de la population pour ne pas retomber dans la situation de marasme *ex ante* qui avait conduit le pays au bord de l'implosion. C'est dans ce cadre que le Gouvernement avait organisé la Conférence des partenaires au développement à Maurice avec un double objectif :

- engager des concertations avec ses partenaires autour du programme de développement du pays afin de relancer la coopération ;
- mobiliser les ressources nécessaires au financement du programme d'investissement prioritaire.

Dans ce contexte, le Gouvernement a requis un appui du BIT pour aider à la formulation d'une Politique sectorielle de Protection Sociale. Cette intervention démarre par cette mission de cadrage des priorités du Gouvernement, de celles des partenaires sociaux et de celles des représentants de la Société civile qui ont été rencontrées au cours de la mission, suivant la démarche participative qui prévaut dorénavant pour la formulation des politiques macroéconomiques, tel qu'il ressort de l'encadré suivant.

## **Encadré n°1 : Stratégies nationales de développement, approche DSRP et réduction effective de la pauvreté**

Au cours des dernières années, la communauté internationale a pris conscience que de nombreux pays en développement parmi les plus pauvres sont enfermés dans un cycle de stagnation et de pauvreté et n'ont pas été en mesure de tirer parti de la mondialisation. A la fin des années 90, le FMI, la Banque mondiale et l'OCDE ont repensé de fond en comble les politiques nationales et internationales à mettre en œuvre pour résoudre les problèmes des pays pauvres dont la situation économique ne s'améliorait pas et / où le taux de pauvreté demeurait élevé. La nouvelle approche adoptée découlait du sentiment général selon lequel l'endettement extérieur insupportable de ces pays était un obstacle majeur à la croissance et à la réduction de la pauvreté. L'initiative PPTE renforcée a été élaborée pour résoudre ce problème. Mais elle allait bien au-delà de l'allègement de la dette. Cette nouvelle approche, qui est évolutive, est caractérisée par cinq éléments essentiels :

- I. La réduction de la pauvreté est devenue un objectif central de la coopération internationale pour le développement.
- II. Les gouvernements en assumeront la responsabilité dans leur pays en élaborant leurs propres stratégies nationales. Leurs politiques ne seront plus déterminées par les donateurs ou imposées par le FMI ou la Banque mondiale, mais seront formulées et mises en œuvre au niveau national en faisant participer les acteurs nationaux et, de manière plus générale, la société civile.
- III. Les pays donateurs, qui sont aussi les principaux créanciers des pays pauvres endettés, seront plus sélectifs : l'aide et l'allègement de la dette, qu'ils consentiront, seront essentiellement destinés aux pays qui poursuivent de bonnes politiques de réduction de la pauvreté et qui possèdent de bons systèmes de gouvernance pour formuler et mettre en œuvre ces politiques ainsi que pour mobiliser et gérer les ressources publiques.
- IV. Les différents donateurs renforceront la coordination de leur assistance financière au sein des pays, réduiront les coûts de transaction élevés de leurs activités et adapteront leur appui aux priorités et stratégies nationales.
- V. Les pays riches renforceront la cohérence des politiques internationales afin de soutenir la réduction de la pauvreté dans les pays les plus pauvres en élargissant l'accès aux marchés des produits de ces pays et, dans une moindre mesure, en encourageant l'investissement étranger direct axé sur le développement et d'autres flux de capitaux privés bénéfiques à destination des pays les plus pauvres.

Cette nouvelle approche des politiques nationales et internationales soutendait le Programme d'actions en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2001-2010 adopté à Bruxelles en mai 2001. Toutefois, pour la plupart des (Pays les Moins Avancés), elle est mise en pratique à travers l'élaboration et la mise en œuvre de documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP). Ceux-ci permettent à la fois aux gouvernements d'élaborer leurs propres stratégies nationales, au FMI et à la Banque mondiale de déterminer si le cadre directif est satisfaisant et aux donateurs d'adapter leur assistance en conséquence.

*Source: CNUCED, Rapport Mondial 2002*

## LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Il ressort des termes de référence que cette mission de cadrage constitue une première étape pour élaborer le document qui servira de base aux discussions locales et nationales devant aboutir à l'adoption d'une Politique Nationale de Protection Sociale. Le présent rapport est élaboré sur la base des données économiques et sociales qui ont un impact sur la définition de la politique nationale de protection sociale, et surtout sur les données qui ont un impact sur son succès. Pour s'assurer de la pertinence de ce document, le rapport a été élaboré sur la base d'une méthode qui allie la revue documentaire aux consultations avec les autorités en charge des domaines concernés, les partenaires sociaux et les partenaires de développement.

A l'issue de cette étape, la phase ultérieure consistera à organiser un dialogue social plus élargi entre le gouvernement et les partenaires sociaux, avec l'appui des partenaires au développement associés au soutien des programmes économiques et sociaux. Le point culminant sera un séminaire national tripartite. Cette seconde phase devra aboutir à un consensus sur le contenu du Document de la Politique Nationale de Protection Sociale, sur la stratégie à adopter et sur les moyens à mobiliser.

Tous ces éléments seront assortis d'un *Plan d'Actions* adopté à l'issue du processus participatif qui aura été engagé dès la première phase de la mission.

Ainsi, la démarche méthodologique a consisté à mener une recherche documentaire élargie et à mener une série d'entretiens individuels et collectifs avec les acteurs nationaux et internationaux impliqués dans l'appui à la mise en œuvre des politiques de développement. Les partenaires employeurs et travailleurs, directement intéressés par les politiques de protection sociale, et les acteurs susceptibles d'être concernés par les stratégies d'extension de la protection sociale, ont participé aux différents groupes thématiques. La liste des participants à ces groupes figure en Annexe.

En conséquence, le présent rapport s'est largement inspiré des travaux antérieurs du BIT sur le dispositif de sécurité sociale, des rapports de programmation du Gouvernement tels que, *le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de Pauvreté (DSCR)*, *les objectifs du millénaire pour le développement (OMD)*, le Document de *Politique nationale de Santé (PNS)*, le document de *Stratégie nationale sur la protection des enfants les plus vulnérables aux Comores*, les rapports du CIDR sur l'évolution des système de micro assurance santé.

Une seconde étape devrait permettre aux équipes du BIT de poursuivre la démarche participative à travers des discussions entre toutes les parties concernées en vue de l'adoption des axes proposés. Il appartiendra aux acteurs de finaliser la formulation, de tester la pertinence des propositions par rapport aux besoins identifiés sur le terrain et de valider les indicateurs qui seront proposés pour permettre le suivi des efforts entrepris et mesurer leur impact au regard des objectifs.

Il convient de noter que si l'objet du présent rapport est de donner des pistes pour la définition d'une Politique Nationale de Protection sociale, l'une des préoccupations majeures est de faire accepter l'intégration de la protection sociale comme axe à part entière du *Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté des Comores*.

Pour ce faire, nous n'avons pas manqué de donner les éléments pertinents justifiant une telle priorité qui fonde la démarche internationale actuelle, notamment celle de l'OIT et celle de la Banque Mondiale. Cette démarche d'intégration de la protection sociale comme élément de base des stratégies de lutte contre les *risques de basculement* dans la pauvreté mais aussi comme élément préventif des *phénomènes de résurgence* de la pauvreté a commencé à porter ses fruits dans certains pays africains.

Un aperçu historique du processus de lutte contre la pauvreté basé sur la sécurité sociale en Finlande permet d'avoir la conviction qu'il est possible de lutter contre la pauvreté grâce à une bonne politique de protection sociale.

### **Encadré n° 2 : L'élimination de la pauvreté par la protection sociale, l'exemple de la Finlande**

La première question à laquelle il faut répondre est de savoir s'il faut devenir riche avant d'offrir une protection sociale convenable à la population ou alors, si c'est la combinaison d'une politique de prévention, de santé, de sécurité professionnelle, d'éducation, de retraite et de services sociaux convenables qui place un pays sur la voie de la croissance économique, de la stabilité politique, de la paix sociale et du bien être collectif.

Si l'on en croît l'analyse pertinente qui a été faite par Hilka Pietilä, les deux objectifs sont « interdépendants et se renforcent mutuellement ».

Une analyse historique du premier stade d'enrichissement des pays nordiques, notamment de la Finlande (qui n'ont pas tiré leur richesse de la colonisation) qui figurent parmi les plus riches au monde, mais aussi les plus égalitaires et les plus démocratiques, prouve qu'ils tiennent leurs richesses du fait qu'ils ont d'abord assuré la protection sociale de leurs citoyens.

La conviction commune semble être qu'un pays doit d'abord s'enrichir, puis qu'il peut offrir une protection sociale de qualité à ses habitants. Mais les progrès réalisés par les pays nordiques, où la protection sociale est maintenant assurée, amènent à penser autrement. Leur richesse tient précisément au fait qu'ils ont assuré la protection sociale de leurs citoyens. L'hypothèse historique est que ces pays n'auraient pas pu devenir prospères sans veiller d'abord à la santé et à l'instruction de leurs habitants, et qu'ils n'auraient pas pu assurer des soins de santé, un enseignement et un vaste ensemble de services sociaux à leurs citoyens sans une croissance économique adéquate : chacun des deux éléments ne peut se passer de l'autre.

Le système de protection sociale nordique inclut à la fois des allocations et des services considérés comme des services d'utilité publique et des droits sociaux appartenant à chacun ; le citoyen est revêtu d'une triple citoyenneté : outre la citoyenneté politique, la citoyenneté économique et sociale. Dans ce cadre, la notion de « société de bien-être » est préférée à la notion « d'Etat providence ».

**-Sur le rôle déterminant des femmes dans l'action pionnière pour un développement social à partir de la base**

Plusieurs dizaines d'années avant le début des politiques de protection sociale publique, ce sont les femmes qui ont commencé à travailler pour élever la qualité de la vie familiale finlandaise. Il y a 100 ans environ la majorité des ménages finlandais vivaient encore dans la pauvreté, l'ignorance et la misère. En 1899, un groupe énergique, patriotique, de femmes instruites de la classe moyenne a considéré qu'il fallait travailler au progrès économique et culturel de la famille finlandaise en coopération avec les femmes dans l'ensemble du pays. Elles ont créé l'Association *Martha*, dont le but était d'assurer l'éducation et la formation des ménagères. Les femmes instruites qui étaient souvent des institutrices ou des spécialistes de l'économie ménagère, sont devenues des missionnaires volontaires, voyageant dans tout le pays, visitant les foyers, parlant aux femmes, organisant des réunions et des séminaires, et enseignant aux femmes des compétences pratiques et politiques. Elles ont ainsi diffusé d'utiles connaissances sur l'importance de la propreté et de l'hygiène, d'une alimentation nourrissante, du plein air et des soins attentifs à donner aux enfants notamment.

Ainsi selon le rapport de Mme Pietila, la prévention par le renforcement des capacités a été déterminante dans l'élimination de la pauvreté en Finlande.

*Source: Hilka Pietila : « l'élimination de la pauvreté par la protection sociale, le cas de la Finlande ». Revue du PNUD «coopération sud » n° 2 – 2001*

Dans la mesure où l'objectif de la Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) est de réduire l'exclusion sociale en diminuant la vulnérabilité de la population face aux risques sociaux, le présent projet s'inscrit aussi dans une perspective d'opérationnalisation du DSCRП lorsqu'il aura considéré la protection sociale comme axe intégral.

Le présent rapport comprend quatre parties :

- la première partie sera consacrée au diagnostic de la protection sociale aux Comores ;
- la seconde partie posera le diagnostic de la pauvreté et de la vulnérabilité pour situer la place de la protection sociale dans les stratégies économiques nationales, notamment dans le DSCRП ;
- la troisième partie portera sur la réponse que la Politique Nationale de Protection sociale pourra apporter sur la base d'une analyse par branche de risque social ;
- la quatrième partie sera consacrée aux propositions de *Plan d'Actions* et aux indicateurs qui serviront à mesurer l'impact et le degré de mise en œuvre de la PNPS.

**PREMIERE PARTIE**  
**SITUATION ACTUELLE DE LA PROTECTION SOCIALE AUX COMORES**  
**ET EVALUATION DE LA PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE DANS**  
**LES STRATEGIES MACROECONOMIQUES**

**1.1 Place de la protection sociale dans le cadre institutionnel international et le cadrage conceptuel**

L'Union des Comores, comme tous les pays qui ont adhéré à la **Déclaration Universelle des Droits de l'Homme**, reconnaît en principe les stipulations de l'article 22 qui proclame que « 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 ».

Et la *Déclaration* d'ajouter en son article 25 que « 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 mariage, jouissent de la même protection sociale ».

Ces principes qui placent la sécurité sociale au rang des droits humains ont été confirmés par le *Pacte de 1966 relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels*. L'article 9 du pacte stipule que « Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et l'article 10 d'ajouter que : « Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent que :

1. Une protection et une assistance aussi larges que possibles doivent être accordées à la famille, qui est l'élément naturel et fondamental de la société, en particulier pour sa formation et aussi longtemps qu'elle a la responsabilité de l'entretien et de l'éducation d'enfants à charge. Le mariage doit être librement consenti par les futurs époux.

2. Une protection spéciale doit être accordée aux mères pendant une période de temps raisonnable avant et après la naissance des enfants. Les mères salariées doivent bénéficier, pendant cette même période, d'un congé payé ou d'un congé accompagné de prestations de sécurité sociale adéquates.

3. Des mesures spéciales de protection et d'assistance doivent être prises en faveur de tous les enfants et adolescents, sans discrimination aucune pour des raisons de filiation ou autres. Les enfants et adolescents doivent être protégés contre l'exploitation économique et sociale ».

Outre les engagements internationaux, d'autres catégories d'objectifs plus spécifiques ont été pris à l'échelle mondiale pour sortir les pays en développement du cycle de la pauvreté et de

l'exclusion sociale. Il s'agit en l'occurrence des ODM, des conclusions de la *Conférence de Monterey sur les engagements nord/sud*, des conclusions de la *Commission Macro Economie et Santé*, de la *Politique d'harmonisation de l'aide et gestion par les résultats* (conduit par l'OCDE) de l'*Initiative Pays Pauvres Très Endettés* (IPPTE) et des *Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté* (DSRP), qui constituent le nouveau cadre de référence de la lutte contre la pauvreté pour l'Afrique.

Enfin, plus spécifiquement, l'OIT a défini dès 1952, à travers la Convention n° 102, les normes minima et les neuf branches de référence. Ainsi, pour reprendre l'analyse contenue un document de réflexion du BIT<sup>1</sup>, les États membres de l'Organisation des Nations Unies ou de l'OIT, du fait qu'ils ont accepté la *Constitution de l'OIT* et la *Déclaration universelle des droits de l'Homme*, ont l'obligation de fournir un certain niveau de sécurité sociale à l'ensemble de leurs citoyens.

Au demeurant, bien que la Convention n°102 couvre toute la gamme des prestations de sécurité sociale, elle ne prévoit que la couverture d'un certain pourcentage minimum de l'ensemble des résidents par différents (au moins trois) types de prestations qu'elle définit (branches de la sécurité sociale). La Recommandation n°67 sur la garantie des moyens d'existence, et la Recommandation n°69 sur les soins médicaux, conseillent toutefois aux États membres de fournir la totalité de la gamme des prestations de sécurité sociale à tous les résidents (c'est-à-dire des prestations en espèces en cas de maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès du soutien de famille, chômage, dépenses d'urgence, accident du travail ou maladie professionnelle, dénuement général, et des prestations en nature en cas de besoin de soins médicaux). Ces prestations peuvent être fournies au moyen d'une combinaison d'assurances sociales, d'assistance sociale, de prestations universelles et de services publics.

Une soixantaine d'années après l'adoption de ces instruments, les conclusions du débat général sur la sécurité sociale à la 89<sup>ème</sup> session de la Conférence de 2001 ont confirmé que «chaque pays devrait définir une stratégie nationale pour atteindre l'objectif de la sécurité sociale pour tous». Ces recommandations et conclusions sont certes des instruments plus faibles et non ratifiables, mais elles n'en représentent pas moins une déclaration d'intention de la Conférence internationale du Travail, à laquelle ont participé les délégations tripartites de 170 États membres.

Selon le document, la Convention n° 117 sur la politique sociale (objectifs et normes de base), de 1962, exige des États membres qu'ils développent progressivement «un large programme d'éducation, de formation professionnelle et d'apprentissage».

Les instruments susmentionnés ne précisent toutefois pas les niveaux effectifs de protection et l'ordre de priorité dans lequel ils devraient être garantis, laissant ainsi une marge de manœuvre aux États membres.

---

<sup>1</sup> BIT/ Document de réflexion 16/La sécurité sociale pour tous : un investissement dans le développement social et économique mondial/Document de nature consultative/Août 2006

### 1.1.1 La nouvelle approche politique du développement de l'OIT

L'approche politique du développement de l'OIT est axée sur la mise en place de systèmes nationaux de sécurité sociale efficaces et efficaces, spécifiques à chaque pays, financièrement abordables en fonction des différents stades de développement. Cette approche permet à chaque pays de formuler une stratégie :

- a) souple, pour une meilleure adaptation aux contextes nationaux ;
- b) progressive, c'est-à-dire qu'elle doit permettre la constitution progressive de systèmes plus complets au fur et à mesure que les sociétés mûrissent (au sens économique du terme) ;
- c) normative, c'est-à-dire qu'elle doit accepter les niveaux de prestations et les droits tels qu'ils sont définis par les normes minimales de l'OIT (par exemple la Convention n°102) comme objectif minimum à atteindre en ce qui concerne le niveau de protection.

Au niveau de l'OIT, les principaux objectifs de l'approche retenue en matière de développement de la sécurité sociale tendent à :

- parvenir le plus rapidement possible à un accès universel aux prestations de base afin de mieux lutter contre la pauvreté ;
- réduire au maximum l'insécurité du revenu tout en faisant en sorte que cela soit compatible avec la performance économique ;
- réduire les inégalités des chances ;
- fournir des prestations en tant que droit légitime des individus ;
- veiller à ce qu'il n'y ait aucune discrimination sur la base de la nationalité, de l'ethnie ou du sexe ;
- veiller à ce que les ressources budgétaires soient suffisantes pour financer les prestations, garantir l'efficacité et la durabilité.

Un tel ensemble de dispositions de base devrait avoir un impact majeur sur la réduction de la pauvreté et l'amélioration des niveaux de vie. L'accès aux services sociaux de base, en particulier les soins de santé et l'éducation, a des effets très marqués sur l'augmentation de la productivité et sur la réduction de la pauvreté à court et long terme. De plus, les transferts en espèces peuvent jouer un rôle de premier plan dans la fourniture d'une sécurité du revenu de base aux personnes qui n'ont aucune capacité de gain, comme cela a été démontré dans le cadre d'un projet pilote en Zambie. De récentes micro-simulations du BIT ont montré, dans le cas du Sénégal et de la République unie de Tanzanie, qu'une combinaison d'une pension de vieillesse universelle de base et d'indemnités universelles pour les enfants d'âge scolaire et les orphelins de moins de 14 ans permettrait de réduire d'environ un tiers les taux de pauvreté généraux.

Enfin, toujours selon le rapport précité, « les résultats de récents travaux de recherche du BIT ont prouvé que cela peut être fait efficacement et pour un coût compatible avec les disponibilités budgétaires. C'est là un engagement que chaque pays devrait prendre, et certains pays africains ont déjà donné l'assurance qu'ils renforceraient la protection sociale dans le cadre de leurs stratégies nationales de réduction de la pauvreté. De nombreux pays ne peuvent pas

atteindre ces objectifs sans appuis extérieurs, et ne le pourront pas pendant encore un certain temps au moins», conclut le rapport.

C'est sur la base de ce *corpus international* et sur la nouvelle approche de l'OIT, fondée sur la Théorie de la Justice Sociale que nous proposons d'axer le projet de Politique Nationale de Protection Sociale. Il sera également tenté de faire prévaloir une *logique de développement des capacités* plutôt qu'une *logique d'assistanat*.

### 1.1.2 Cadrage conceptuel

La présente étude repose sur quatre notions sur le contenu desquelles il convient de s'accorder : la protection sociale, la sécurité sociale, la pauvreté et la vulnérabilité.

**Protection sociale et sécurité sociale** : les deux termes sont utilisés souvent de façon indifférenciée quand c'est l'objectif ou la fonction de l'institution qui est en vue. Ils prennent alors un sens large eu égard à la multiplicité des moyens d'assurer les prestations considérées. Au sens de la Convention n° 102, qui est la convention la plus importante parmi les trente que l'OIT a adopté en la matière, la sécurité sociale est définie comme étant « *l'organisation de la protection que la collectivité accorde à ses membres* »<sup>2</sup>. C'est un instrument de la solidarité entre les membres d'une même communauté nationale ou professionnelle. Elle a pour objet soit de fournir des soins médicaux préventifs et curatifs, soit de garantir des moyens d'existence en cas de perte involontaire du revenu ou d'une partie importante de celui-ci, soit encore d'apporter un revenu supplémentaire aux personnes chargées de famille.

La **sécurité sociale** est généralement assurée par un ensemble de mesures publiques et obligatoires :

- pour compenser l'absence de revenu du travail ou une diminution de celui-ci dans certaines éventualités ;
- pour assurer les soins médicaux ;
- pour apporter une aide aux familles.

Dans le cadre de la présente étude, la sécurité sociale dont il est question est d'essence *bismarckienne*<sup>3</sup>, puisque le dispositif de sécurité sociale en vigueur aux Comores est de nature contributive. Les ressources sont tirées essentiellement des cotisations des employeurs et/ou des salariés et ne visent qu'à offrir une protection à ces dernières et aux membres de leurs familles.

Or, la sécurité sociale se doit de remplir trois (3) fonctions :

- garantir à toutes les personnes exerçant une activité rémunérée un niveau de revenu sensiblement égal à celui qu'elles avaient avant la survenance d'un risque social (maladie, invalidité, retraite, etc..) ;
- offrir à tous les membres de la communauté l'accès aux soins de santé ;
- favoriser l'intégration sociale.

---

<sup>2</sup> Convention n° 102 de l'OIT ; 1952

<sup>3</sup> Du nom du Chancelier allemand qui est à l'origine des premières lois d'assurances sociales adoptées en 1880

La **protection sociale** comprend, outre les régimes publics de sécurité sociale, les régimes privés ou communautaires qui poursuivent des buts analogues, tels que les mutuelles et les régimes professionnels, d'origine formels ou informels, dès lors qu'ils sont non obligatoires mais reposent sur la solidarité.

En ce qui concerne la **pauvreté**, les définitions et les approches sont nombreuses. Elles peuvent être fondées aussi bien sur des critères quantitatifs (niveaux de revenu, espérance de vie à la naissance, accès aux infrastructures de base, etc..) que qualitatifs (bien-être, sécurité, meilleure perception des conditions d'existence, etc..). Quelle que soit la définition ou l'approche retenue, la pauvreté renvoie à la détermination d'un seuil en deçà duquel un individu ou un ménage ne parvient pas à satisfaire ses besoins essentiels.

Si l'on retient que la pauvreté est une incapacité de parvenir à un niveau de vie jugé minimal aussi bien au plan matériel (alimentation, eau, habillement, logement, etc.) qu'au plan de l'accès aux services et infrastructures permettant à une personne de vivre décemment dans sa collectivité, la pauvreté apparaît comme un phénomène multidimensionnel qui ne peut être appréhendé exclusivement sur une base monétaire. Elle est la résultante de l'interaction d'un ensemble de privations et/ou de carences économiques, humaines et socioculturelles. Elle se manifeste notamment par l'insécurité, la vulnérabilité et l'impuissance à développer les capacités individuelles voire collectives.

Le *caractère multidimensionnel de la pauvreté* fait que celle-ci entretient un certain nombre de relations avec la protection sociale. En effet, les prestations en espèces et/ou en nature versées par les organismes de protection sociale permettent d'éviter aux travailleurs, qui ont de nouvelles charges de famille ou qui ont perdu momentanément ou définitivement leurs revenus tirés du travail, de sombrer dans la misère. La pauvreté engendre l'exclusion sociale qui est une situation où l'individu ne peut accéder aux moyens lui permettant de satisfaire ses besoins essentiels (nutrition, éducation, santé, etc..) et de participer au développement de la société dans laquelle il vit. Par ailleurs, un trop faible niveau de protection sociale engendre également une paupérisation dès lors que le revenu de remplacement qui était attendu n'atteint pas le niveau du revenu antérieur. C'est le cas, comme nous le verrons, lorsque le niveau des pensions de retraite est trop faible par rapport au niveau des salaires antérieurement perçus.

Dès lors, se pose la question de savoir si en Union des Comores, les mécanismes déjà existants ont atteint les objectifs de départ. Dans ces conditions, outre la question du champ de couverture personnel, se pose la question du niveau des prestations ; la réponse à cette question met déjà à rude épreuve la légitimité du système de sécurité sociale aux Comores que nous examinerons sur la base du critère de vulnérabilité pour chaque catégorie de risque.

**La vulnérabilité** se définit en termes de risques particuliers et d'exposition des populations à ces risques. Elle traduit la probabilité d'une personne, qu'elle soit pauvre ou non, à subir une perte significative de revenu et de bien-être en conséquence d'un changement de situation ou d'un choc. L'analyse de la vulnérabilité porte donc tant sur la nature des forces agissant sur le bien être d'une personne que sur son aptitude sous-jacente à se protéger des risques auxquels elle est exposée.

**La pauvreté et la vulnérabilité** sont donc fortement corrélées : le fait d'être pauvre accroît la vulnérabilité du fait du manque des revenus disponibles pour payer les services essentiels en temps de crise et l'impossibilité de recours à l'épargne, à l'emprunt ou à des réseaux de

solidarité. La vulnérabilité à son tour, renforce la pauvreté. Les ménages ayant la plus forte probabilité de subir des chocs ont le plus de probabilités d'être pauvres. La pauvreté et le risque de pauvreté ont tous les deux un impact sur la capacité des ménages à améliorer leur bien-être futur.

### LA SITUATION DE LA PROTECTION SOCIALE AUX COMORES

#### 1.2 Le système formel de sécurité sociale : un champ d'application matériel et personnel très restreint

La première loi de sécurité sociale aux Comores remonte à 1956. Depuis cette date, la situation a plutôt évolué défavorablement. Aujourd'hui, la protection sociale est assez marginalisée et n'a que très peu d'impact sur la population. Les problèmes sont de plusieurs ordres.

##### 1.2.1 Un champ d'application matériel qui a été restreint au lieu d'être élargi

Il ressortait déjà de l'analyse effectuée en 2001<sup>4</sup> que le champ matériel d'application de la sécurité sociale s'était rétréci au lieu de s'élargir. Parmi les neuf branches de la sécurité sociale qui figurent dans la Convention n° 102 de l'OIT, seules deux survivent actuellement aux Comores.

- **La suppression des prestations familiales :** Institué en 1956 sous le régime colonial, à l'instar de ce qui existait dans l'Union française, la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) avait été dissoute en 1976, sous le régime révolutionnaire, et le service des prestations supprimé. Le gel de cette branche qui accordait, outre des prestations en espèces, un dispositif de protection maternelle et infantile a été préjudiciable à des populations qui souffrent encore aujourd'hui de taux élevés de mortalité maternelle et infanto-juvénile.

- **L'exclusion des agents de l'Etat de la couverture contre les risques professionnels :** Cette branche avait été créée en 1974 et sa gestion était confiée à la Caisse de Compensation des Prestations Familiales qui avait changé de dénomination pour devenir « Caisse de prévoyance sociale » (CPS) avec l'objectif d'adoindre, au fur et à mesure que les circonstances le permettraient, d'autres branches. Deux années plus tard, l'activité de la CPS était suspendue et le service des prestations arrêté. C'est en 1981 que la CPS a repris la gestion des risques professionnels dans des conditions qui sont aujourd'hui presque compromises si des mesures d'urgence ne sont pas prises.

La CPS ne couvre que les travailleurs du secteur privé régis par le Code du Travail.

Les agents de l'Etat, qu'ils soient *agents fonctionnaires ou agents non fonctionnaires* ne bénéficient d'aucune forme de couverture en cas d'accidents du travail et lorsqu'ils sont atteints de maladies professionnelles. Cette situation est d'autant plus préoccupante que l'Union des

---

<sup>4</sup> BIT/Note au Gouvernement sur la situation de la protection sociale/ J. Audibert / 2001

Comores a ratifié plusieurs Conventions de l'OIT sur la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles.

**- L'inexistence de couverture en cas de maladie, d'invalidité et de décès du soutien de famille**

Il n'existe, ni pour les salariés du secteur privé, ni pour les agents de l'Etat, de système assurantiel de soins de santé et d'indemnisation en cas de maladie. Il n'existe pas non plus de en cas d'invalidité ou en cas de décès du travailleur atteint d'une invalidité non professionnelle.

Pourtant, pour les travailleurs régis par le Code du Travail, celui-ci, instaure un régime d'employeur. En effet, les articles 147 à 153 du Code du Travail font *obligation aux chefs d'entreprise d'instituer, soit un service médical interne, soit un service médical inter-entreprises dont l'objectif est à la fois préventif mais également curatif en cas d'état morbide médicalement constaté.*

Ce dispositif n'a jamais fonctionné en dehors de quelques timides expériences au sein de grandes entreprises du secteur parapublic.

En ce qui concerne les agents de l'Etat, trois situations peuvent se présenter :

- les agents du ministère de la Santé, exerçant leurs fonctions dans les centres de santé publics, bénéficient de la gratuité des soins seulement lorsqu'ils sont dispensés sur leur lieu de travail ;
- les agents du secteur parapublic peuvent volontairement adhérer à une mutuelle de santé ;
- pour tous les autres agents de l'Etat, il n'existe aucun système de couverture en cas de maladie.

**- L'inexistence de prestations en cas de retraite**

Malgré deux tentatives en 1988 et en 1992 pour établir un régime obligatoire de retraite, aucun dispositif n'a été jusque là prévu pour les travailleurs relevant du Code du travail. Pour les agents de l'Etat, un régime de retraite a été institué et confié à la Caisse de Retraites des Comores (CRC). Ce régime tente de s'ouvrir timidement aux travailleurs des secteurs privés et parapublic sur la base de l'adhésion volontaire.

**1.2.2 Un champ d'application personnel très réduit et des revenus distribués de faible ampleur**

Utilisant les études du *Commissariat Général au Plan* en matière d'activités économiques et différentes analyses sur les structures macroéconomiques du pays, un rapport établi par le BIT<sup>5</sup> faisait ressortir que la protection sociale institutionnalisée est très marginale aux Comores. En 2003, le nombre de bénéficiaires était inférieur à 5 000 personnes, ce qui représentait moins de 1% de la population totale du pays. D'autre part, les flux de remplacement en matière de travail

---

<sup>5</sup> BIT/ Note au Gouvernement sur la situation de la protection sociale/ J. Audibert / 2001

salarié ne bénéficiaient qu'à 19% de l'ensemble de ces travailleurs ; quant aux non-salariés, ils ne disposaient d'aucun transfert social.

En ce qui concerne la CPS, les données actuelles ne sont pas disponibles. Les précédentes analyses faisaient ressortir qu'en matière de charges techniques, les arrérages de rente s'élevaient, pour le premier semestre 2000, à 6 191 638 FC. Répartis entre 102 bénéficiaires, la valeur moyenne de la rente professionnelle représentait 5 058 FC/mois.

Pour les accidentés du travail, ce revenu de remplacement apparaissait déjà dérisoire pour mener une vie décente.

En ce qui concerne la CRC, la pension moyenne s'élevait à 22.458 FC/mois en 1997 puisqu'elle avait payé un total de FC 564.600.000 à 2095 bénéficiaires. En 2006, 10.122 bénéficiaires, répartis en différents régimes, (y compris les agents régis par le Code du travail) ont perçu pour un montant de 905.687.432 FC. La pension moyenne s'élèverait donc à 89 477 FC/an.

En définitive, plutôt que d'être un instrument de lutte contre la pauvreté, la sécurité sociale reste limitée à une infime partie de la population et remet en cause la fonction de redistribution qui la fonde.

En matière de santé, à l'exception de la Mutuelle de santé des militaires, aucun dispositif assurantiel public ou obligatoire n'est en vigueur.

*Sur le plan général de l'offre de soins*, pour les salariés comme pour les autres catégories de population, l'Etat comorien dispose sur les trois îles de centres de santé publique organisés en districts et secteurs. Jusqu'en 1984, ces structures assuraient la gratuité des soins, malgré une accessibilité géographique très réduite. Devant la montée des coûts, un système de *recouvrement des coûts* inspiré de *l'Initiative de Bamako* a été imposé sans tenir compte de la faible capacité contributive des indigents et autres groupes vulnérables qui se trouvent souvent dans un environnement sanitaire assez précaire, notamment en matière d'habitation et d'accès à l'eau potable.

*Sur le plan du financement*, le système de santé publique aux Comores est basé sur quatre sources principales :

- le budget de l'Etat qui couvre à la fois les dépenses d'exploitation et d'équipement ;
- la participation communautaire ;
- l'aide publique extérieure (dons et prêts) ;
- l'aide extérieure, autre que publique (diaspora, ONGs, ...).

La majorité de cette allocation, 88,53% en 2000, est destinée aux rémunérations du personnel, et les subventions n'ont jamais été versées depuis 1995. La participation communautaire continue à s'accroître, représentant presque l'équivalent du budget de l'Etat en matière de santé. En outre, l'état de quasi faillite de la Pharmacie Nationale Autonome des Comores (PNAC) et la dégradation de la qualité du service de l'Hôpital national El Maarouf restent un sujet de préoccupation aussi bien pour les bénéficiaires que pour certains partenaires au

développement qui appuient le secteur.

En l'absence d'assurance maladie, des dispositifs de micro-assurance santé s'implantent grâce à l'assistance d'une ONG, le *Centre International de Développement et de Recherche* (CIDR) quoique timide, le succès dans le taux de pénétration des mutuelles de santé communautaires tient en particulier au développement d'un système assez original, la *sécurité sociale villageoise*. Dans ce dispositif, à la place de la recherche d'adhésions individuelles, c'est le consensus villageois et l'aval de chacune des personnes influentes du village qui permet, dès l'implantation de la mutuelle, l'accès aux prestations à l'ensemble des habitants du village. Un tel système permet de masquer l'absence de capacité contributive des indigents et autres groupes très vulnérables, et permet de lutter ainsi contre l'exclusion née de la politique de recouvrement des coûts.

### **1.2.3 Des difficultés institutionnelles au niveau des organismes gestionnaires**

#### **- Situation précaire de la Caisse de prévoyance sociale**

Les difficultés que rencontre la Caisse de Prévoyance sociale se sont aggravées depuis le rapport du BIT<sup>6</sup> de 1999. Au cours de la présente mission, il a été impossible de collecter les données techniques de l'institution pour les raisons évoquées plus haut.

- *Sur le plan financier*, le déficit d'exploitation était très élevé puisqu'il atteignait déjà près de 62 % du total des recettes de l'année. Aux difficultés de mobilisation des avoirs sur le compte ouvert au Trésor Public s'ajoutent des paramètres techniques inadaptés. La Caisse doit en effet, faire face à l'accroissement du coût des soins et à l'obligation de revaloriser les prestations au profit des victimes d'accidents du travail et de leurs ayants droit. Les taux de cotisations, fixés depuis les années 60, sont inadaptés aux dépenses techniques ; si l'équilibre financier a été respecté pour certains exercices, c'est essentiellement parce que les rentes servies n'ont jamais été revalorisées depuis plusieurs décennies. D'où la nécessité de faire mener une étude actuarielle pour réviser les paramètres techniques et déterminer les capitaux constitutifs de rente.

- *Sur le plan politique*, la situation n'a guère changé; la CPS ne bénéficie d'aucun appui de l'Etat et la tutelle ne s'y exerce pas. L'institution est confrontée à une vaste fraude sociale puisque « les employeurs s'acquittent librement de leurs cotisations mais beaucoup ne sont pas à jour en raison de l'inexistence de sanctions ». Cette situation, déplorée par les représentants des employeurs et les représentants des travailleurs, a été confirmée par la Direction du Travail et l'Inspection du Travail lors des discussions tripartites menées au cours de la mission.

L'impunité des mauvais payeurs a fini de décourager les employeurs en situation régulière mais qui ont du mal à se faire rembourser les frais médicaux et les lourdes charges d'évacuation sanitaire qu'ils se voient contraints de préfinancer.

---

<sup>6</sup> BIT/Rapport au Gouvernement sur l'analyse financière et comptable de la Caisse de Prévoyance Sociale/BIT/MAYENGA/1998

- *Sur le plan statutaire et institutionnel*, la situation précaire de l'institution ne favorise pas la reprise normale des activités. La réforme des statuts de l'institution pour consacrer une réelle autonomie de gestion et une gouvernance tripartite et démocratique est la condition préalable posée par les organisations d'employeurs pour leur implication dans le redressement de l'institution et dans la lutte contre la fraude sociale.

#### **- La Caisse de retraites des Comores : des réformes institutionnelles et paramétriques à opérer d'urgence**

Depuis sa mise en place en 1963, l'organisation et le mode de fonctionnement de la CRC sont devenus obsolètes. Les tentatives de solutions initiées en 1992 pour détacher la Caisse de la Direction du Budget n'ont pas donné de résultats significatifs. Le statut actuel est à l'origine de dysfonctionnements déjà relevés dans les précédents rapports du BIT et dans les rapports internes de la CRC<sup>7</sup>.

Si les mesures de redressement entamées depuis 1999 ont permis d'éponger une grande partie des arriérés de pension, de payer dorénavant toutes les pensions à la même échéance, de réduire les délais de traitement des dossiers et d'améliorer la confiance du public, le mode de gouvernance pose de sérieux problèmes. Le cumul des fonctions de tutelle financière, d'agent comptable et de Présidence du Conseil d'Administration exercée par le Ministère des Finances reste préjudiciable à l'autonomie juridique et financière de l'institution.

Le défi quasi permanent pour cette institution réside dans la difficile mobilisation des cotisations de l'Etat et de ces agents qui, au lieu d'être reversées après prélèvement, se réduisent à des jeux d'écritures, entraînant des retards considérables dans le paiement des pensions.

#### **- Différents régimes de retraite à réorganiser**

En matière de gestion technique, une étude actuarielle s'avère nécessaire pour mesurer la viabilité à long terme de chacun de six régimes répartis en *régimes politiques* et en *régimes administratifs* et pour déterminer les réformes paramétriques à opérer. Il ressortait déjà du rapport du BIT sur la situation de la *protection sociale aux Comores*<sup>8</sup> que les *régimes politiques* sont largement déficitaires et représentent 23 % des dépenses, contre 10 % des recettes. De ce fait, la CRC ponctionne, à titre exceptionnel, sur les *régimes administratifs* pour assurer la survie des *régimes politiques* ; les évolutions attendues montraient que le rapport de dépendance allait rapidement se détériorer. En fait, outre les *régimes administratifs* qui sont des régimes contributifs équilibrés, la CRC gère des régimes non contributifs de fait :

- le *régime des anciens présidents*, qui sert des prestations d'ayants-droit, est très déficitaire en raison du non-recouvrement des cotisations ;
- le *régime des députés* qui enregistre quasiment à chaque législature une majoration des indemnités (majorations qui ont un impact direct sur les pensions) alors que les taux de cotisations ne varient guère. Depuis 1978, les députés ne se voient pas prélever la contrepartie

---

<sup>7</sup> Rapport de la CRC : « Etudes et réformes – plan d'action 2007 – CRC / Direction générale

<sup>8</sup> OIT/Note technique au Gouvernement sur la situation de la protection sociale

de leurs cotisations individuelles ;

- le régime des ministres, qui reste un régime non contributif.

La CRC se voit ainsi gérer des régimes non contributifs qui obèrent l'équilibre d'ensemble de l'organisme. Il ressortait des conclusions des études antérieures que tous les régimes non contributifs devraient être rattachés à d'autres structures, sauf si une contrepartie financière était effectivement versée à la CRC.

Enfin, en dehors des pensions, la Caisse de retraites des Comores gère deux autres activités :

- *Les préretraites*, qui consistent au versement d'une allocation mensuelle de 80 % du salaire de base, sans contribution y afférent ;
- *Le service des prêts* qui permettait à la CRC d'octroyer des prêts aux affiliés pour la construction de logement ou pour l'achat de véhicule. Cette activité est gelée depuis 2002, en raison des difficultés de trésorerie, de l'absence de contrôle sur les remboursements et de défaut de moyens coercitifs. En attendant la relance de cette activité, un compte a été ouvert pour poursuivre le recouvrement.

*En résumé*, la série de difficultés recensée dans les rapports antérieurs demeurent en dépit des efforts réalisés :

- « difficultés d'ordre juridique et institutionnel concernant l'inadaptation du statut et les modalités de fonctionnement des différents régimes de pensions ;
- difficultés d'ordre financier liées au mode de gestion technique, budgétaire et financière ;
- difficultés d'ordre organisationnel liées à l'absence d'autonomie de gestion et à la confusion des responsabilités des différents acteurs ».

Après cette brève description qui fait ressortir le faible impact de la sécurité sociale aux Comores, seront abordés le rôle attendu de la protection sociale et la place qui lui est réservée dans les stratégies macroéconomiques du pays.

## CHAPITRE 2

### PLACE DE LA PROTECTION SOCIALE DANS LES STRATEGIES MACROECONOMIQUES DES COMORES

#### 1.3 Quels sont les éléments de protection sociale contenus dans les objectifs généraux et dans les plans d'actions du DSCRП des Comores ?

##### 1.3.1 Pourquoi est-il opportun d'emprunter la même démarche que les autres pays de la région Afrique ?

Il ressort du préambule du *Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté-intérimaire* (DSCRП-I) de l'Union des Comores, adopté en 2003 et révisé en 2005, que « les autorités sont convaincues qu'il est possible, avec le soutien de la communauté internationale, de trouver les moyens nécessaires à la mise en œuvre effective de cette stratégie qui constitue, d'une part, un sérieux indicateur des ambitions de promotion d'une stratégie de développement, susceptible d'améliorer durablement le bien-être des populations les plus défavorisées en termes de pouvoir d'achat et d'épanouissement social et, d'autre part, un précieux instrument de programmation des actions ».

#### **Encadré n° 3 : Nouveaux mécanismes participatifs de conception des DSRP**

Les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) sont préparés par les pays membres selon un processus participatif avec les parties prenantes et les partenaires du développement, dont les services du FMI et de la Banque Mondiale. Mis à jour tous les trois ans et par des rapports d'étape annuels, ils décrivent les politiques macroéconomiques, structurelles et sociales des pays, ainsi que les besoins de financement externes associés et les principales sources de financement.

Pourtant, les discussions que nous avons eues avec les responsables des politiques macroéconomiques du pays ont confirmé que la protection sociale n'a aucunement été prise en compte dans le DSCRП qui constitue aujourd'hui l'unique document de politique économique de référence pour l'intervention de la communauté internationale. Cette situation est d'autant plus urgente à corriger que la quasi-totalité des pays africains, membres de « la région Afrique de la Banque Mondiale » avaient eu à lancer en 2001 une *nouvelle stratégie régionale de protection sociale* à travers « une gestion du risque dynamique et les pauvres ».

Les objectifs de cette stratégie visent un changement d'attitude, changement qui consiste à passer de la démarche du « faire face au risque » à une démarche de « réduction des causes et des conséquences du risque ». Pour rendre la stratégie opérationnelle, le Plan d'Actions Régional intègre comme activités prioritaires visant :

- à renforcer les capacités au niveau national pour intégrer la gestion du risque

social ;

- à stimuler le développement de stratégies de protection sociale nationales en faveur des pauvres et renforçant la croissance ;
- à fournir des apports au processus de DSRP.

Ainsi que nous l'avons indiqué, cette démarche a prévalu dans la plupart des pays africains : ils ont récemment intégré la protection sociale comme axe à part entière de leurs DSRP. C'est ce qui leur a permis de mobiliser l'appui technique et financier de la communauté internationale.

Dans les principes directeurs de la Banque Mondiale contenus dans le document susvisé, la Banque a clairement confirmé son intérêt à soutenir les programmes de protection sociale à condition qu'ils figurent dans les stratégies nationales. Ainsi, il est mentionné que : « comme c'est le cas pour toutes les initiatives multisectorielles, le programme de protection sociale doit bénéficier d'un soutien à un niveau élevé si l'on veut qu'il figure parmi les dossiers prioritaires de l'ordre du jour du développement ».

### **1.3.2. De l'absence de programmes relatifs à la protection sociale dans le plan d'action 2006-2009**

Un Plan d'Actions couvrant la période 2006-2009 a été élaboré pour opérationnaliser la SCRCP des Comores. Il regroupe des programmes prioritaires et interventions concrètes à mettre en œuvre pour créer les conditions d'une relance de la croissance et une réduction durable de la pauvreté. Le plan inclut un ensemble de fiches techniques présentant les programmes prioritaires qui sont en recherche de financement dans le cadre de la mise en œuvre de la SCRCP.

C'est sur cette base que le programme d'investissements publics (PIP) 2006- 2009 a été élaboré. Celui-ci comprend 35 fiches de programmes prioritaires issus des sept axes stratégiques de la SCRCP. Les besoins en financement s'établissent à environ 126 081 millions de FC sur la période, soit 257 millions d'euros.

#### **Encadré n°4 : Absence d'éléments relatifs à la protection sociale dans la SCRCP des Comores**

Il résulte du diagnostic que la SCRCP n'a pas abordé la protection sociale, même dans la composante « santé publique/améliorer la situation sanitaire de la population ».

Par rapport à son contenu en termes d'objectifs et d'actions prioritaires, l'absence de la protection sociale dans l'analyse situationnelle fait que la SCRCP ne contient que des éléments fragmentaires, non rattachables à une vision globale et cohérente de la protection sociale. Sur les 7 axes de la SCRCP, aucun ne concerne spécifiquement la protection sociale.

L'examen détaillé des *programmes d'investissements publics pour la période 2006-2009* fait ressortir que seul *l'Axe 4* fait référence aux *politiques de santé* dans leur ensemble. Le budget

y afférent pour la période 2006-2009, se situe à 11,4 milliards de FC, dont 10,1 milliards à rechercher, représentant 8% du total sont à rechercher.

Les autres axes de la SCRCP sont les suivants :

- *Axe stratégique I* : Créer les conditions d'un développement économique durable ;
- *Axe stratégique II* : Relancer le secteur privé en mettant l'emphase sur les secteurs porteurs ;
- *Axe stratégique III* : Renforcer la gouvernance, la justice et la sécurité ;
- *Axe stratégique V* : Promouvoir l'éducation et la formation professionnelle en vue d'améliorer le capital humain ;
- *Axe stratégique VI* : Promouvoir un environnement sain et garantir la durabilité du développement ;
- *Axe stratégique VII* : Promouvoir la sécurité et la lutte contre le terrorisme.

L'axe IV est décliné en quatre (4) programmes :

- *Programme 1* : Lutter contre les maladies prioritaires ;
- *Programme 2* : Développer un programme intégré de santé reproductive et familiale (SR/PF) ;
- *Programme 3* : Lutter contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- *Programme 4* : Renforcer l'efficacité et l'efficience des services de santé à travers une meilleure coordination et gestion des activités de développement sanitaire.

Pourtant, dans le DSCRCP, il est clairement énoncé qu'« **il n'existe pas une politique de prise en charge des indigents ni un système de sécurité sociale** ». De tous ces programmes, un seul volet « *promouvoir des mécanismes alternatifs de prise en charge des pauvres* » figurant dans le programme intitulé « **Renforcement de l'efficacité et de l'efficience du système de santé** » est susceptible de se rattacher à la protection sociale au niveau de la sous composante. Ce programme d'ensemble vise, en général, à améliorer l'état sanitaire de la population. Mais au final, la question du financement du risque maladie par un système assurantiel n'a guère été abordée alors qu'il y est reconnu que « les endémies et les épidémies engendrent des pertes économiques en raison de l'absentéisme observé dans les écoles et lieux de travail mais aussi en raison des coûts élevés de leurs prises en charge ».

Ce seul constat met en évidence l'urgence qui s'attache à la mutualisation du risque par la mise en place de systèmes collectifs de solidarité, capables d'assurer l'accessibilité financière durable aux soins de santé pour les catégories qui ont un potentiel de revenus. En revanche, pour les groupes très vulnérables n'ayant aucune capacité durable ou temporaire de gain, des programmes d'assistance ciblés devraient être envisagés. Il est officiellement énoncé que, « malgré une couverture géographique plus ou moins satisfaisante, les populations n'accèdent pas aux soins de santé pour plusieurs raisons dont la qualité et le coût des services ».

Enfin, en dépit de la mise en place de la politique qui a permis de rendre disponible des médicaments essentiels, sous formes génériques, à moindre coût, ceux-ci restent encore hors de portée pour une bonne partie de la population à tel point que les documents officiels mentionnent que « par rapport à l'accessibilité aux médicaments et autres services essentiels de santé, l'introduction du *système de recouvrement partiel des coûts* dans le système de santé, qui vise à

pallier les insuffisances du budget étatique, pose le problème d'accessibilité aux services de soins de qualité pour les populations pauvres ».

Il convient de noter au passage que le budget alloué au secteur de la santé est inférieur à 4% du budget national, alors que l'*engagement d'Abuja* porte à 15 % du budget national les dépenses à consacrer à la santé.

### **1.3.3. De l'urgence à consacrer un axe spécifique à la protection sociale**

Au cours de la mission, il est clairement apparu que la volonté des autorités du pays de faire de la protection sociale un instrument de lutte contre la pauvreté ne souffre d'aucune ambiguïté. Les autorités ont exprimé la volonté de l'Etat comorien d'emprunter la démarche préventive, fondée sur le critère de vulnérabilité, et à l'intégrer la protection sociale dans la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, à l'instar d'autres pays de la région Afrique.

Dans tous les cas, il est ressorti des entretiens que la protection sociale est maintenant perçue comme une priorité, tant au niveau des autorités gouvernementales et au niveau de la représentation parlementaire, qu'au niveau des partenaires sociaux et des autres acteurs de la société civile.

La même priorité est ressentie au niveau des partenaires au développement qui appréhendent parfaitement le rôle de premier plan que peut jouer la protection sociale dans l'amélioration de la productivité du facteur travail, dans la consolidation de la justice sociale et surtout dans le développement durable d'un pays comme l'Union des Comores.

Mais la réalisation de cette option nouvelle suppose qu'un processus exceptionnel soit engagé pour inscrire la protection sociale comme axe spécifique dans le DSCRP révisé. Le seul obstacle apparent est qu'il existe déjà 7 axes dans le DSCRP révisé. L'autre solution alternative préconisée par la *Délégation Générale au Plan* serait d'intégrer la protection sociale comme *programme* dans un axe existant, en l'occurrence, l'axe 4 relatif aux politiques de santé. Un arbitrage sera peut être nécessaire en temps opportun.

Dans cette perspective, il est apparu nécessaire :

- de faire l'état des lieux de la protection sociale, sur la base d'une analyse de la politique mise en œuvre et
- d'établir les priorités stratégiques fondées sur la détermination d'actions prioritaires pour chacune des branches de la sécurité sociale et, plus tard, pour chaque groupe cible, les coûts afférents à la mise en œuvre des actions.

Enfin, la spécificité des Comores nous pousse à laisser une option ouverte quant à l'intégration des questions relatives à la prévention et à la gestion des catastrophes naturelles dans la PNPS. D'autres pays, tels que Madagascar, qui est d'ailleurs sujet aux mêmes risques sismiques que les Comores, l'ont introduit comme axe spécifique de leur Stratégie Nationale de Protection Sociale.

#### **1.3.4. Conséquence de la non prise en compte de la protection sociale dans les politiques macroéconomiques : l'absence d'indicateurs relatifs à la protection sociale dans le DSCRП des Comores.**

Aux Comores, l'absence d'indicateurs relatifs à la protection sociale dans le DSCRП ne résulte ni de la négligence, ni de la difficulté d'en mesurer l'impact. Elle résulte simplement de la non prise en compte de la protection sociale dans les nouvelles politiques macroéconomiques. Les chercheurs se sont accordés sur le fait que les estimations économiques de dimension limitée et qui ne tiennent pas compte des indicateurs ne contribuent guère à une évaluation équilibrée de la viabilité et de l'impact des programmes de sécurité sociale.

Or, il est bien possible d'évaluer les stratégies économiques alternatives par une analyse quantitative pour mesurer leur impact et leur succès potentiels.

Aux Comores, ce qui explique sans doute la non prise en compte de la protection sociale dans le DSCRП, et en conséquence l'absence d'indicateurs y afférents, relève assurément d'une faiblesse de la culture en matière de protection sociale. L'absence même, au niveau de l'Administration centrale, d'une structure spécifiquement chargée du domaine est éloquent. En effet, il n'existe ni au sein du Ministère du Travail, en charge de la sécurité sociale, ni au niveau d'un autre Département ministériel, une structure spécifiquement en charge de la sécurité sociale ; cette prérogative est en principe exercée par la Direction Générale du Travail. Or, celle-ci ne dispose ni de ressources humaines spécialisées, ni de moyens techniques et matériels suffisants pour définir les politiques et assurer la tutelle des institutions de sécurité sociale.

Pour revenir à la question des indicateurs, l'Assemblée du Millénaire des Nations Unies a adopté l'ambitieux objectif de réduire de moitié d'ici à 2015, par rapport au chiffre de 1990, la proportion de la population mondiale vivant dans la misère. La réalisation des OMD est d'autant plus difficile que les taux de croissance économique enregistrés ne plaident guère en faveur d'une réduction de la pauvreté tel que ciblés par les Nations-Unies à travers les OMD. Entre 1990 et 2000, les pays africains d'une manière générale n'avaient atteint que 10% des objectifs fixés pour 2015, alors qu'ils devraient avoir réalisé 40 % de ces objectifs.

Mais, les chiffres globaux sur l'étendue de la misère permettent-ils de renseigner sur les causes des situations individuelles telles que : l'insuffisance des possibilités d'emploi, la faiblesse des rémunérations, la durée excessive du travail, le défaut de protection sociale, la discrimination ou les multiples autres facteurs qui agissent sur l'emploi. La mesure plus précise et plus complète du travail selon les critères de couverture sociale devrait permettre de mieux comprendre la dynamique de la croissance économique.

Enfin, une mesure de *l'effort social de la Nation* en tant qu'agrégat macroéconomique pourrait permettre l'évaluation des progrès accomplis chaque année dans le domaine de la couverture sociale. C'est cet agrégat qui va permettre aux partenaires sociaux de mener « la bataille des ratios », à l'instar des indicateurs mondiaux fixés d'une part, par l'OMS sur les efforts en matière de santé et d'autre part, par l'UNESCO sur les efforts en matière d'éducation.

De même, la mesure plus complète de la pauvreté selon les critères de vulnérabilité doit permettre de mieux appréhender les mesures d'amortissement contre les chocs et contre risques de basculement dans la pauvreté.

## **DEUXIEME PARTIE DIAGNOSTIC DE LA VULNERABILITE ET DE LA PAUVRETE AUX COMORES**

L'analyse de la dynamique de la pauvreté sert généralement un triple objectif :

- constater si les réalités macroéconomiques se répercutent uniformément au niveau de la population ;
- cibler les groupes les plus vulnérables afin de mieux orienter les politiques économiques de réduction de la pauvreté ;
- analyser les changements éventuels de l'incidence de la pauvreté au niveau des groupes cibles.

Si l'on s'accorde avec certains auteurs<sup>9</sup> pour considérer que le moteur de l'évolution positive (réduction) ou négative (aggravation) de la pauvreté est le mouvement de la pauvreté durable et de la pauvreté transitoire, l'on admet que la vulnérabilité des couches sociales pauvres et même, non pauvres est au cœur de la protection sociale. En tenir compte devient fondamental pour la compréhension du phénomène général de la pauvreté et pour la formulation des politiques de protection sociale.

### **2.1. Pourquoi fonder la politique de protection sociale sur une approche vulnérabilité/pauvreté ?**

Dans un souci de pragmatisme, essentiellement motivé par (la facilitation) les démarches futures de mobilisation des ressources nécessaires au financement du Plan d'Actions de la PNPS, il est proposé de fonder la démarche sur une approche vulnérabilité /pauvreté. En fait, cette démarche est empruntée de la nouvelle démarche de l'OIT fondée sur le développement, prévaut dans d'autres pays africains depuis que la « région Afrique » de la Banque Mondiale a lancé en 2001 une nouvelle stratégie régionale de protection sociale basée sur une *gestion du risque dynamique et les Pauvres*<sup>10</sup>. Les objectifs de cette stratégie visent un changement d'attitude caractérisé par la démarche préventive de « réduction des causes et des conséquences du risque » à la place de l'attitude du « faire face au risque ».

Ainsi, parmi les axes prioritaires figurent désormais les actions visant à stimuler le développement de stratégies de protection sociale nationales en faveur des pauvres, à renforcer la croissance et à fournir des apports au processus des DSRP ».

---

<sup>9</sup>Jean Pierre Lachaud/modélisation des déterminants de la pauvreté durable et transitoire et capital social aux Comores/2005

<sup>10</sup> Introduction au Programme de protection sociale pour les opérations et le travail économique et de secteur de la Banque mondiale en Afrique. Plan d'action pour les années 2003 à 2005 Paris, France 30 juin 2003/World Bank Institute

A titre indicatif, déjà en 2003, des pas ont été faits par la Banque Mondiale : 23 projets de protection sociale étaient supervisés avec des engagements totalisant \$1.12 milliard. Le montant des crédits de protection sociale en Afrique représentait 27 % des prêts de la Banque (par rapport à moins de 3 % en 1997). Il s'agit de projets autonomes de protection sociale ; mais, des composantes de protection sociale apparaissent dans divers autres projets multisectoriels.

Cette démarche est basée sur :

- l'identification des sources de risques suivant les multiples sources : risques naturels, risques de santé, risques macroéconomiques, risques liés au cycle de vie, risques politiques (particulier et covariés) ;
- l'évaluation des dispositifs existants : informels, basés sur le marché, fournis par l'Etat ou obligatoires et
- la formulation de stratégies appropriées suivant le triptyque : prévenir le risque, atténuer le risque, faire face au risque.

Suivant cette approche, la gestion du risque social se fonde sur l'évaluation de la vulnérabilité et l'adaptation des instruments à chacun des risques. C'est sur cette base que la Protection sociale a été prise en compte en tant que partie du calendrier du Développement humain pour renforcer le DSRP et aider à atteindre les OMD.

Elément essentiel, la démarche permet d'introduire la Protection sociale dans le processus budgétaire et dans le *Cadre des dépenses à moyen terme*. C'est parce que cette démarche d'intégration nécessite une compréhension de l'efficacité des instruments de protection sociale et des contraintes fiscales qu'une large partie de ce rapport fait référence à la problématique liée à la vulnérabilité relative à chacune des branches de la protection sociale dont l'introduction est jugée prioritaire par les acteurs.

## **2.2. L'ampleur de la pauvreté aux Comores**

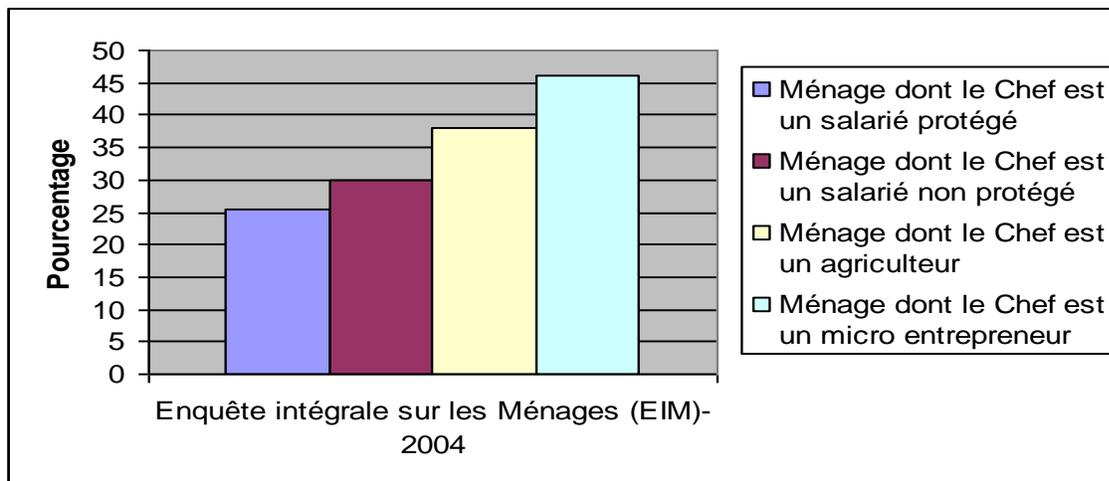
La pauvreté demeure un phénomène très répandu aux Comores. Le taux d'incidence de pauvreté, qui est la proportion de personnes qui vivent en deçà du seuil de pauvreté, s'élève à 36,9 % pour l'ensemble du pays, ce qui, sous certaines hypothèses, conduit à un ratio de pauvreté de 44,8 pour cent parmi les individus. C'est-à-dire que 44,8 pour cent des comoriens ont des ressources inférieures au seuil de pauvreté.

L'on observe également que la pauvreté en termes de ménages et d'individus semble, a priori, plus élevée à Ndzouani (38,4) et Mwali (37,8), par rapport à Ngazidja (35,3 %). Enfin, la pauvreté prévaut surtout en milieu rural, notamment à Ndzouani qui contribue à 78,8% à la pauvreté des familles aux Comores.

Les résultats de l'Enquête Intégrale sur les Ménages (EIM), réalisée en 2004, sont assez intéressants pour une analyse en termes de pauvreté, de vulnérabilité et de couverture sociale dans la mesure où ils permettent d'identifier quatre catégories socioéconomiques relativement distinctes selon l'incidence de la pauvreté en prenant en considération le critère de *vulnérabilité* sur le marché du travail :

- (i) les ménages dont le chef est un salarié protégé (25,5 %) ;
- (ii) les familles gérées par un salarié non protégé, un indépendant du secteur informel ou un apprenti-aide familial (entre 30 et 35 %) ;
- (iii) les sous-groupes ayant à leur tête un agriculteur vivrier, un agriculteur de rente, un chômeur ou un inactif (entre 38 et 39 %) ;
- (iv) les familles gérées par un micro-entrepreneur, un éleveur ou un pêcheur (46 à 54 %).

**Graphique n° 1 : Enquête intégrale sur les ménages (EIM) - 2004**



Il en ressort que, trois groupes socio-économiques expliquent près des deux tiers de la pauvreté nationale : les ménages d'agriculteurs (30,2 %), les familles de salariés non protégés (15,8 %) et les ménages ayant à leur tête un inactif (19,6 %).

Dans cette catégorisation, il est encourageant de constater que c'est l'objectif de promotion du *travail décent* qui intègre un concept de vulnérabilité, tel que préconisé par l'OIT, qui a prévalu.

En effet, la méthodologie qui a consisté à déterminer les groupes socio-économiques en prenant partiellement en considération le critère de vulnérabilité sur le marché du travail pourra permettre d'affiner les initiatives qui découleront ultérieurement de la PNPS dans la mesure où celle-ci aménage un cadre approprié pour l'extension de la protection sociale aux catégories de populations non couvertes.

A cet égard, une option pragmatique est d'articuler les segments du marché du travail autour des concepts de protection, de régularité et d'autonomie. Sur un plan conceptuel, la «précarité du travail» recouvre plusieurs aspects dont certains influencent la protection sociale. Tout d'abord, il y a le degré de certitude de la continuité du travail. Les emplois précaires sont ceux qui ont un horizon de temps très court ou pour lesquels le risque de chômage est élevé ; le travail irrégulier appartient à cette catégorie. Ensuite, le mode de contrôle du travail doit être pris en compte. Moins forte est la sécurité du travail, moins le travailleur contrôle les conditions de travail, les salaires et moins robustes sont les régimes de protection.

Enfin, intervient la protection, c'est à- dire dans quelle mesure les individus sont protégés par les lois, par l'organisation collective, par les coutumes, par l'accès à la protection sociale.

Dans l'optique du *travail décent* qui fonde l'action de l'OIT ces dernières années, une classification des statuts du travail articulée à la vulnérabilité a été effectuée, par rapport à la semaine précédent l'enquête. La stratification du marché du travail utilisée se présente comme suit :

- 1) Les *salariés protégés* : il s'agit d'individus rémunérés en contrepartie d'une activité salariée, publique, privée ou au sein d'organisations internationales, ambassades, organisations non gouvernementales, urbaine ou rurale. Ces salariés effectuent un travail continu, dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée et disposent d'au moins un des éléments de protection sociale suivants : congés payés, congés de maladie, retraite, soins médicaux gratuits ou subventionnés et autres avantages ;
- 2) Les *salariés non protégés* sont des individus rémunérés en contrepartie d'une activité salariée, continue ou non, publique ou privée, urbaine ou rurale, possédant un contrat autre qu'à durée indéterminée, et ne bénéficiant que de l'un des éléments de protection sociale précédemment indiqués ;
- 3) Les *micro-entrepreneurs* sont des travailleurs à leur propre compte non agricoles, urbains ou ruraux, avec des employés ;
- 4) Les *indépendants informels* sont des travailleurs à leur propre compte non agricoles, urbains ou ruraux, sans employés ;
- 5) Les *agriculteurs vivriers* constituent un groupe, qui, selon la Classification internationale industrielle type - ISIC - de 1968, produisent les biens suivants : (i) céréales - blé, maïs, riz paddy, autres céréales ; (ii) tubercules et légumes à cosse sec - pomme de terre, igname, manioc, taro et Macabo, patate douces, autres racines et tubercules à amidon, haricots secs, pois de terre, autres légumes à cosse secs ; (iii) plantes oléagineuses : arachides, noix de palme et amandes de palmiste, coprah, autres plantes oléagineuses ; (iv) autres cultures - canne à sucre, tabac brut, latex, plantes aromatiques ou médicinales ;
- 6) Les *agriculteurs de rente* englobent les personnes qui, selon la Classification internationale industrielle type - ISIC - de 1968, se consacrent aux productions suivantes : (i) café coque, thé brut, et café marchand ; (ii) bananes plantains et douces ; (iii) ananas ; (iv) mangues, mangoustans, goyaves, agrumes, dattes,

fruits et noix de cajou, et autres fruits ; (v) vanille et autres épices. Par ailleurs, les activités de l'horticulture, des pépinières et de légumes frais sont associées à ces productions ;

- 7) Les *éleveurs et divers* regroupent les individus qui se consacrent à l'élevage de bovins, d'ovins, de caprins et d'équidés, de volailles, et d'autres animaux. En outre, quelques autres activités, relativement rares, ont été associées aux précédentes : miel, produits d'origine animale, cultures et élevage associés, activités annexes à la culture et à l'élevage, chasse, piégeage, repeuplement en gibier, sylviculture et exploitation forestière, produits forestiers et de cueillette, et activités annexes à la sylviculture et à l'exploitation forestière ;
- 8) Les *pêcheurs et divers* se consacrent à la pêche, artisanale et industrielle, à la pisciculture et à l'aquaculture ;
- 9) Les *apprentis et aides familiaux* regroupent les apprentis et les travailleurs familiaux non rémunérés ;
- 10) Les *chômeurs* englobent les personnes, avec expérience professionnelle ou s'insérant pour la première fois sur le marché du travail, ayant déclaré ne pas avoir eu d'emploi au cours de la semaine de référence, et ayant fait des démarches actives pour rechercher un travail ;
- 11) Les *inactifs* regroupent tous les individus qui n'exercent aucune activité économique et qui n'ont pas été identifiés comme des chômeurs.

Comme il ressort des documents de politiques nationales<sup>11</sup>, « l'exécution d'un programme de lutte contre la pauvreté exigeait en effet la disponibilité d'instruments adaptés d'appréhension des privations, ces derniers étant susceptibles de promouvoir un processus de sensibilisation et de dialogue sur le développement social, d'orienter les politiques économiques et de guider les actions spécifiquement destinées à la réduction de la pauvreté.

L'appréhension de la pauvreté monétaire appelle, préalablement, une analyse des dépenses des ménages. En 2004, les dépenses annuelles moyennes des ménages s'élevaient à 698,5 milliers de FC, un montant qui équivaut à plus de deux fois la valeur du revenu national par habitant, et exhibe des disparités *moyennes* assez peu élevées selon les îles et les groupes socio-économiques. En outre, l'essentiel du budget des ménages est consacré à l'alimentation (64,2 %). Par ailleurs, les dépenses moyennes réelles des ménages - aux prix de 2004 - auraient augmenté annuellement de 5,6 % entre 1995 et 2004 ».

Une poursuite de l'analyse sur ces bases permettra de déterminer les catégories très vulnérables qui mériteront des prestations spécifiques de protection sociale.

---

<sup>11</sup> Pauvreté, inégalité et marché du travail dans l'Union des Comores/Décembre 2005/PNUD/Commissariat général au Plan

### 2.3. De la corrélation entre la vulnérabilité en tant que vision dynamique de la pauvreté et la protection sociale

Selon l'approche adoptée par la Banque Mondiale qui a servi de cadre de référence à certains pays dans le processus d'élaboration de leur Stratégie nationale de Protection sociale, la vulnérabilité reflète la probabilité de souffrir des conséquences négatives de risques et des chocs qui peuvent toucher à la fois :

- les personnes qui sont au bas de la distribution et
- les personnes qui sont à un niveau supérieur de la distribution mais qui sont susceptibles de connaître une réduction drastique de leur consommation et de leur bien-être.

Les autres cibles pertinentes de vulnérabilité, souvent ignorées concernent aux Comores, concernent :

- les handicapés (y compris le grand nombre de personnes qui sont handicapées pendant une courte période de leur vie) ;
- les orphelins et plus généralement les enfants placés et les chefs de familles d'accueil ;
- les populations déplacées à la suite de catastrophes ou de conflits et qui méritent une attention particulière.

**Les personnes et les ménages pauvres** sont ceux qui sont le plus exposés à une gamme étendue de risques et qui ont le moins d'instruments pour y faire face. En effet, dans des conditions de santé précaire, d'exploitation marginale des terres, de faible accès physique et financier aux services sociaux, d'habitat en zones marginales, inondables, sans assainissement ou en proie à des irrptions volcaniques, comme c'est fréquemment le cas aux Comores, les pauvres, en particulier en milieu rural et dans les périphéries urbaines, subissent souvent les effets irréversibles de chocs affectant leur consommation et leur bien-être.

Au final, ce sont les ménages les plus démunis qui sont le plus affectés par les chocs ; ces chocs créent des *pièges de pauvreté* militant contre l'accumulation d'avoirs, de capital humain et de capital physique. Ces *pièges de pauvreté* incitent les ménages à prendre des décisions de consommation et d'investissement qui réduisent les possibilités de la croissance économique future. Les stratégies de protection sociale servent justement à pallier ces phénomènes dans le but de maintenir les niveaux de croissance programmés dans les stratégies macroéconomiques.

Les diverses approches et les données d'ensemble montrent déjà l'importance qu'il y aura à mener d'urgence une étude sur les *conditions de vies des groupes très vulnérables* y compris les personnes du 3<sup>ème</sup> âge afin de mettre en place des prestations sociales très ciblées et dynamiques, en fonction des principes de classement à définir.

## 2.4. Du classement des groupes vulnérables aux Comores et de la nécessité de mener une stratégie intégrée de lutte par la protection sociale

### Principes de classement

L'approche originale de l'étude menée par le *Commissariat au Plan*<sup>12</sup> a fait ressortir que l'une des limites des approches monétaires conventionnelles de la pauvreté était l'absence de dissociation *ex ante* des types de pauvreté par rapport à la vulnérabilité.

La prise en compte de ce concept a permis de distinguer six groupes, à l'aide d'une procédure économétrique, en termes de sévérité des chocs, du seuil de pauvreté et de la taille de la population, six groupes :

- (i) ménages pauvres durables ;
- (ii) ménages pauvres transitoires et involutifs ;
- (iii) ménages pauvres transitoires et évolutifs ;
- (iv) ménages non pauvres vulnérables et précaires ;
- (v) ménages non pauvres mais vulnérables ;
- (vi) ménages non pauvres et non vulnérables.

Cette orientation analytique met en relief plusieurs éléments qui pourront servir à mettre en place les dispositifs ciblés de protection sociale en fonction de la durée et/ou de l'état de vulnérabilité. Ainsi, sera-t-il possible de prendre en compte les situations différenciées soit dans le cadre de systèmes contributifs, soit dans le cadre de systèmes non contributifs :

- *Premièrement*, la vulnérabilité des ménages, c'est-à-dire ceux qui ont une probabilité d'au moins 40 % d'être pauvres à court terme, est une situation un peu plus répandue que la pauvreté ; 36,9 % des ménages sont « pauvres » alors que 47,4 % sont « très vulnérables ».

- *Deuxièmement*, les stratifications des ménages en termes de pauvreté et de vulnérabilité se recoupent ; par exemple, 36,4 % des ménages très vulnérables sont pauvres, et 37,3 % de ceux qui sont faiblement vulnérables ont également un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté.

- *Troisièmement*, la pauvreté durable, caractérisant les ménages dont les dépenses par tête *actuelles* et *estimées* sont inférieures au seuil de pauvreté, est une composante importante de la pauvreté : 39,1 % des ménages sont pauvres, soit 14,4 % de l'ensemble des familles.

- *Quatrièmement*, des catégories de ménages non pauvres semblent particulièrement exposées au risque de pauvreté dans un avenir proche.

- *Cinquièmement*, il apparaît que les formes de pauvreté varient sensiblement selon les îles. A Ngazidja, la distribution entre les pauvretés durable et transitoire est assez équilibrée. Par contre, la pauvreté chronique prédomine à Mwali, tandis qu'à Ndzhouani l'inverse prévaut.

<sup>12</sup> Pauvreté, Inégalité et marché du travail dans l'Union des Comores – PNUD/Commissariat au Plan/décembre 2005

## 2.5. Vers une redéfinition de la protection sociale : approche par objectif et approche par intervention

### 2.5.1 Une approche combinée de la Protection sociale

Pour différencier les concepts de sécurité sociale et de protection sociale, il convient simplement de rappeler que la protection sociale comprend, outre les régimes publics de sécurité sociale, les dispositifs d'assistance sociale et les régimes privés ou communautaires qui poursuivent des buts analogues tels que les mutuelles et les régimes professionnels d'origine formels ou informels.

Dans les systèmes modernes, la protection sociale a deux fonctions de base qui si elles sont ignorées, font que les stratégies de lutte contre la pauvreté ont du mal à réussir lorsqu'elles ne sont pas soutenus par une politique cohérente de protection sociale telle que définie par l'OIT.

- la fonction de **filet de sécurité** permet de garantir à chaque membre indigent de la société un niveau minimum de revenu et de services sanitaires et sociaux qui lui permettent de mener une vie décente tout en préservant sa dignité. Par ces transferts, la protection sociale assure donc une *fonction de redistribution* ;
- la fonction de **maintien du revenu** permet aux membres économiquement actifs de maintenir un niveau de vie décent durant les périodes de perte de capacité de gain tels que la maladie, la maternité, la vieillesse, l'invalidité. Cette fonction s'étend en cas de décès du soutien de famille puisque dans ce cas, les dispositifs doivent permettre de verser des prestations aux survivants.

De ce fait, la politique de protection sociale est en mesure de prendre en compte tous les services et prestations qui favorisent la sécurité économique, la croissance et la solidarité nationale face aux risques de basculement dans la pauvreté mais aussi pour prévenir les phénomènes de résurgence de la pauvreté.

Il s'y ajoute, dans la nouvelle dynamique définie par la Banque Mondiale<sup>13</sup> pour appuyer les réformes, une approche à deux vitesses ; elle consiste à redéfinir la protection sociale à la fois par objectifs et par interventions :

- 1- l'approche par *objectifs*, en tant qu'actions publiques, privées et communautaires pour :
  - aider les personnes, les ménages et les communautés à mieux gérer le risque ;
  - apporter une aide aux personnes très pauvres et vulnérables.
- 2- l'approche par *interventions*, avec notamment :
  - la mise en place et/ou l'amélioration des programmes d'assurance sociale (tels que retraites, allocations familiales et assurance maladie) ;
  - la mise en place et/ou l'amélioration des programmes d'assistance sociale (tels

---

<sup>13</sup> Introduction au Programme de Protection sociale pour les opérations et le travail économique et de secteur de la Banque mondiale en Afrique. Plan d'action pour les années 2003 à 2005.

que transferts en espèces ou en nature, subventions etc. ;

- la mise en place de programmes d'aide aux groupes particulièrement vulnérables (personnes déplacées, handicapés, orphelins et enfants vulnérables, etc.).

Dans cette approche, les risques sont fonction du niveau auquel ils surviennent (microéconomique, mésoéconomique et macroéconomique) et selon le caractère de l'événement (naturel, économique, politique, etc.). Les chocs microéconomiques, qualifiés aussi d'idiosyncrasiques, affectent des individus ou des ménages donnés. Les chocs mésoéconomiques touchent des groupes de ménages, toute une communauté ou tout un village. Ces chocs sont communs à tous les ménages du groupe (chocs covariants).

Des chocs peuvent aussi se produire au niveau national ou international ».<sup>14</sup>

## 2.5.2 Protection sociale, productivité et croissance économique aux Comores

### **Encadré n°5 : Part des dépenses de Protection sociale dans le PIB**

Les systèmes nationaux de protection sociale incarnent un des principaux mécanismes de redistribution des économies nationales. Selon le niveau de développement, ils redistribuent entre 10 et 30 % du PIB. Aux Comores, la part des dépenses de protection sociale dans le PIB était globalement estimée en 2001 à 2,1% alors que le taux de redistribution atteint 30% dans les pays de l'OCDE.

Jusque récemment, les études disponibles sur la croissance prennent peu en compte les liens entre croissance et réduction de la pauvreté, or, les expériences internationales montrent que :

- d'abord, la fourniture de soins médicaux, incluant les mesures de prévention qui améliorent la santé des assurés et de leurs familles, contribue à la stabilité et à la motivation de la main d'œuvre avec des impacts significatifs sur la productivité ;
- ensuite, les régimes de remplacement du revenu ont pour résultat d'assurer aux travailleurs et à leur famille une plus grande sécurité économique et psychologique, d'où une plus grande stabilité et une meilleure productivité ;
- enfin, les mesures de protection sociale influencent le PIB par le biais de la connexion : coût de la main d'œuvre-emploi-productivité. Par ailleurs, l'existence d'un système national de protection sociale est un facteur qui stimule aussi bien l'investissement interne que l'investissement direct étranger (IDE).

En somme, à travers la politique de protection sociale, l'objectif stratégique du Gouvernement sera de définir les mesures de protection capables d'aider à créer ou à maintenir la stabilité sociale, stabilité sociale qui stimule la demande domestique pour les biens et services qui, à leur tour permettent d'élever le PIB.

---

<sup>14</sup> Rapport sur le développement dans le monde 2000/01. Combattre la pauvreté

Les développements qui sont faits à ce stade devraient convaincre les autorités sur le fait que les dépenses de protection sociale doivent être considérées, non pas comme des charges, mais plutôt comme des investissements qui garantissent une croissance durable. En conséquence, et encore pour convaincre les autorités à intégrer la protection sociale comme axe spécifique dans le DSCR, l'évaluation des effets économiques de l'introduction de nouvelles mesures de protection sociale ne devra pas se limiter à une analyse de l'impact à court terme des cotisations de sécurité sociale ou des implications budgétaires des systèmes non contributifs, mais devra aussi tenir compte des effets potentiels sur la réduction durable de la pauvreté et sur la croissance à long terme. Cet aspect fondamental pourra être évalué à travers les indicateurs d'impact qui seront proposés.

**TROISIEME PARTIE**  
**LA REPONSE DE LA POLITIQUE**  
**DE PROTECTION SOCIALE**

**CHAPITRE 1er**

**LES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE ET  
LA REPONSE POLITIQUE**

**3.1 Les objectifs de la politique nationale de protection sociale**

Généralement, la politique de protection sociale vise à *réduire l'exclusion sociale et diminuer la vulnérabilité de la population face aux risques climatiques et environnementaux, aux risques sociaux, politiques et économiques.*

Le présent projet de politique se veut plus modeste en se focalisant uniquement sur les risques sociaux, tout en laissant une option ouverte pour traiter des risques inhérents à l'exposition du pays aux éruptions volcaniques. L'objectif final devra être une opérationnalisation de la stratégie de lutte contre la pauvreté.

La politique de protection sociale vise en général les objectifs spécifiques suivants :

- permettre l'accessibilité financière des populations, et plus particulièrement celles qui sont démunies ou vulnérables, aux services sociaux de base (principalement la santé et l'éducation). Cela devrait protéger de la pauvreté et offrir une protection minimum aux populations ;
- procurer des revenus de substitution aux personnes ayant cotisé dans un régime public ou communautaire, afin de les aider à faire face au risque ou à les prendre en charge ;
- créer un environnement favorable au développement d'une protection complémentaire en matière de revenu de substitution et d'accès aux soins pour les personnes qui sont en mesure de la financer.

**3.2 La réponse politique et le rôle attendu de la protection sociale**

Partant du diagnostic de la protection sociale et du fait que les Comores se soient engagées dans un ambitieux programme de lutte contre la pauvreté pour atteindre les OMD, il est souhaitable que la politique de protection sociale vise à couvrir progressivement le maximum de personnes. A ce stade, il semble utile de soulever la pertinence de la combinaison de la sécurité sociale et de l'aide sociale. Comme il ressort des conclusions du symposium international sur « Solidarité et protection sociale dans les pays en voie de développement » qui s'est tenu à Turin

en 2003, « *L'assurance sociale se distingue de l'assistance par le droit automatique et incontestable que confère la contribution, alors que l'aide aux pauvres, de tout temps et en toute contrée, est soumise à l'humiliante preuve du dénuement des bénéficiaires, qui sont en outre fréquemment soupçonnés de fraude... L'un est un droit absolu, l'autre est conditionnel* ». Il semble important de tenir compte du contexte culturel des Comores face au caractère frustrant de l'assistance sociale ; même si elle doit être conservée pour ceux qui n'ont aucune capacité contributive à titre temporaire ou exceptionnel, il est souhaitable qu'elle s'analyse sous l'angle d'un droit dès lors que les critères de ciblage auront été clairement définis.

C'est pourquoi, comme nous l'avons annoncé, la politique de protection sociale devrait faire davantage prévaloir la logique de développement des capacités plutôt que la logique d'assistanat.

Ce faisant, la PNPS des Comores pourra ainsi reposer sur un double consensus :

- la conviction que l'extrême pauvreté expose au dénuement et à l'indigence ;
- le fait qu'il existe des domaines où l'être humain s'expose à des risques coûteux en cas de maladie, d'invalidité, de décès du soutien de famille, etc. qu'il n'est pas toujours à même d'apprécier l'ampleur ni de financer les conséquences.

Sur la base de ce double consensus, le dispositif à envisager, selon bien sûr une approche progressive, pourra être fondée comme dans la plupart des pays, sur trois « étages » ou « piliers » complémentaires :

- **Un pilier de base communément, appelé *filet de sécurité***

Fondé sur la solidarité nationale, le *filet de sécurité* va constituer une solution à toutes les situations de grande vulnérabilité nées de l'extrême pauvreté ou pouvant entraîner un basculement dans la pauvreté, l'Etat agissant autant sur le plan de la mobilisation des ressources nécessaires que sur celui des mécanismes de réallocation par l'assistance sociale non contributive ;

- **Un pilier intermédiaire de l'assurance sociale**

Basé sur un système contributif de solidarité professionnelle et/ou communautaire, il va englober l'ensemble des mécanismes d'assurance sociale qui vise les personnes potentiellement capables de contribuer au financement de leur couverture sociale. Ce niveau intermédiaire couvre

- la sécurité sociale obligatoire liée à l'emploi salarié et qui couvre les salariés du secteur public, parapublic et privé ;
- la micro assurance à base communautaire et/ou professionnelle qui concernera principalement le financement du risque maladie, qui a déjà démarré avec la sécurité sociale villageoise.

- **Un pilier complémentaire et un dispositif pour les Comoriens de l'extérieur**

Visant à satisfaire la demande de niveau de couverture plus élevé, ce pilier, fondé sur une logique d'épargne et de responsabilité individuelle, permet d'octroyer des services complémentaires à celles fournies par le deux premiers piliers.

A ce stade, la situation préoccupante des travailleurs migrants devra être analysée pour prévenir les risques de basculement dans la pauvreté auxquels ils sont exposés, tout au moins pour ceux qui exercent leurs activités dans des pays qui ne sont pas liés aux Comores par une Convention bilatérale ou multilatérale de sécurité sociale. Si le montant considérable des transferts permet de maintenir de nombreuses familles comoriennes en dehors du cycle de pauvreté, une démarche préventive oblige à réfléchir sur un dispositif approprié de protection de cette catégorie de la population qui, en vertu du principe de territorialité des prestations de sécurité sociale, ne bénéficieront d'aucune couverture en cas de retour au pays. Des propositions seront faites dans la partie réservée au Plan d'Actions.

### 3.3 Les principes directeurs de la politique nationale

Outre le *principe de la solidarité nationale*, qui implique qu'aucun Comorien ne soit exclu et/ou marginalisé pour une raison quelconque, en particulier les personnes très vulnérables tels que les handicapées, les femmes, les enfants, les personnes âgées, etc..., la politique nationale pourra emprunter dans une certaine mesure et, bien entendu, selon les moyens, les principes édictés par les normes de l'OIT :

- *le principe d'équité et d'égalité de traitement* va permettre, à terme, de donner à tous ceux qui en ont réellement besoin, un niveau des prestations satisfaisant. Les mécanismes de protection retenus ne devront faire aucune sorte de discriminations directes ou indirectes. L'égalité de traitement entre les hommes et les femmes mérite que soit envisagées des mesures qui garantissent aux femmes une protection sociale à titre personnel, et non pas seulement en tant que bénéficiaires de droits dérivés. La lutte contre la féminisation croissante de la pauvreté aux Comores pourrait réussir grâce à une série d'actions positive dans le domaine de la Protection sociale.
- *le principe de la responsabilité générale de l'Etat*, qui ressort de la fonction collective de la protection sociale fait que, l'Etat est le garant en dernier ressort du droit à la protection sociale. Cette obligation de contrôler l'effectivité des prestations tout en instaurant le respect des obligations contributives correspondantes est jusque là quasiment inexercées
- *le principe de la gestion démocratique*, né du principe du tripartisme et du dialogue social qui fonde l'action de l'OIT, ce principe est édicté par les normes pertinentes. Il est en effet préconisé la participation des représentants des bénéficiaires dans les organes de gestion, ou tout au moins, leur représentation à titre consultatif, lorsque les institutions sont directement gérées par l'Etat. Le processus de décentralisation actuelle au niveau des Iles constitue une opportunité pour rapprocher la gestion et le suivi de la protection des populations visées. Un tel processus, même s'il doit prendre en compte les goulots d'étranglement liés à l'étroitesse des ressources au niveau local, est considéré comme une priorité, voire un préalable, par les partenaires sociaux.

Il s'agit ici de favoriser la participation des bénéficiaires dans les organes d'orientation et de suivi et de délibération des institutions de sécurité sociale. Cette orientation permettra une meilleure appréhension des besoins, des critères de ciblage et en définitive, de palier l'ancrage des bénéficiaires dans un sentiment d'assistanat.

## CHAPITRE 2

### LES REPONSES DE LA PNPS SUIVANT LE CADRAGE DE LA PROBLEMATIQUE PAR BRANCHE ET PAR DES BESOINS

A travers le cadrage de la problématique pour chacune des branches de couverture sociale jugée prioritaire par les partenaires tripartites, il sera rappelé l'esprit qui sous-tend le dispositif d'ensemble des normes internationales, et particulièrement celles de la Convention 102, qui constitue l'instrument le plus complet qu'ait adopté l'OIT en matière de sécurité sociale.

Il sera également rappelé les obligations de l'Union des Comores en vertu de la ratification de conventions internationales ; elles constituent la partie obligatoire devant figurer dans la PNPS et dans le Plan d'Actions y afférent.

Pour chacune des branches seront prises en comptes les options dégagées au cours des discussions tripartites et des entretiens avec les autorités nationales et les représentants des partenaires au développement. Les listes des personnes ayant participé aux différents groupes de discussions figurent en Annexe 2.

#### **3.4 Vulnérabilité des Personnes âgées sans pension et la réponse pour le risque vieillesse**

Du point de vue de l'OIT, un travail décent suppose que le travailleur acquière le droit de percevoir un revenu après sa sortie du marché du travail. Un indicateur mesurant la proportion de personnes âgées qui ne perçoivent pas de pension au titre de leur activité économique, antérieure sera révélateur d'insuffisances dans l'efficacité de la protection sociale. Cet indicateur doit être étudié par tranche d'âge, notamment pour les personnes dont l'âge dépasse l'âge de départ à la retraite, pour mesurer la proportion des personnes du 3<sup>ème</sup> âge qui perçoivent une pension au titre de leur activité économique passée.

Afin d'identifier les facteurs socio-économiques qui contraignent les gens à travailler plus longtemps comme dans le secteur privé aux Comores, (par exemple l'absence de pension de vieillesse), il faut comparer la proportion de personnes sans pension et le taux d'activité des personnes dont l'âge dépasse l'âge de départ à la retraite.

Pour améliorer la qualité des données permettant de construire un indicateur dans ce domaine, il serait nécessaire d'identifier séparément, dans les catégories des «retraités ou rentiers», celles qui perçoivent une pension découlant de leur activité économique passée et, si possible, d'indiquer le montant mensuel ou annuel moyen de cette pension.

Aux Comores, les prestations de vieillesse sont payées seulement aux agents de l'Etat sous la forme d'une pension, c'est-à-dire d'un paiement périodique mensuel ou trimestriel. Les pensions sont liées au salaire ; le montant des gains pris en considération devrait être souvent réévalué afin de tenir compte de l'évolution de la valeur monétaire, ce qui n'est pas le cas.

Or, les régimes universels et les régimes d'assistance sociale, fournissent généralement des pensions forfaitaires dont le montant est basé sur le minimum vital nécessaire dans le pays -

montant auquel il est souvent fait référence sous le nom de "*seuil de pauvreté*". Il faudrait donc tenir compte de cet élément dans les politiques futures, si la création d'une pension minimale dans le cadre de l'extension de la protection sociale aux groupes très vulnérables est envisagée.

Les données contenues dans le *Rapport mondial sur le développement humain* de 2006 indiquent que la population âgée de plus de 65 ans représentait en 2004 2,7% de la population totale des Comores. Elle représentera 3,7% en 2015. Sur cette base, il est aisé de concevoir un dispositif de *prestations universelles* couvrant éventuellement des prestations en espèces, une prise en charge totale ou partielle en cas de maladie, et d'autres prestations.

Au demeurant, il convient de rappeler que les Conventions 102 et 128 de l'OIT prévoient respectivement que, normalement, la pension ne devrait pas être inférieure à 40% ou 45% des salaires moyens, lorsque l'intéressé peut faire état de trente années d'emploi ou de cotisation pour un régime d'assurance sociale ou de 20 années de résidence pour un régime universel ou un régime d'assistance sociale. Il importe déjà de tenir compte de ces données comme des planchers dans la perspective de la mise en place d'un régime de retraite pour les salariés du secteur privé.

Il importe aussi de souligner que l'objectif de la pension est de créer un revenu de remplacement du gain antérieur, c'est à dire de maintenir au mieux le niveau de vie. La Convention internationale prescrit un minimum, il revient à l'Etat d'opérer les choix idoines pour adopter un mode de calcul capable de garantir un revenu décent aux retraités qui sont d'ailleurs plus vulnérables que les salariés aux effets immédiats des augmentations du coût des produits alimentaires, des biens et des services. Il est important qu'ils puissent bénéficier d'une amélioration générale du niveau de vie. C'est pourquoi de nombreux pays ont mis en place un mécanisme permettant d'ajuster de temps en temps le montant des pensions. Dans la réalité, de tels mécanismes n'ont pas fonctionné régulièrement aux Comores.

#### - **Résultat des discussions et évaluation des attentes**

Au cours des discussions, la situation dramatique des chargeurs de marchandises du *Port de Moroni* a souvent été citée en exemple. Ces personnels, torturés par le poids des cargaisons de marchandises, n'ont d'autre choix que de travailler à vie ou de devenir mendiant. En effet, les chargeurs font parties de ces travailleurs du secteur privé qui ne peuvent prétendre à une pension de retraite à la fin de leur carrière ; ils finissent dans la misère. Cette situation est le symbole du drame que vivent la quasi-totalité des travailleurs Comoriens du secteur privé qui, à la fin de leur carrière professionnelle, renouent avec la précarité.

*Les discussions ont fait apparaître l'urgence qu'il y a, d'une part à redresser la situation à la Caisse de Retraite des Comores et d'autre part, la nécessité d'assurer une couverture en cas de retraite à tous les travailleurs du secteur privé.*

*Sur le redressement de la CRC, en dépit des efforts constatés ces dernières années, des réformes institutionnelles et paramétriques ont été préconisées.*

- *Sur le plan institutionnel*, les partenaires travailleurs comme employeurs ont souligné l'urgence d'aller vers une réelle *autonomie de gestion* de l'institution ; autonomie qui va permettre leur implication au sein d'organes délibérants de composition tripartite. Sous réserve de cette forte conditionnalité et au regard de la situation préoccupante de la CPS, les partenaires sociaux ont estimé que la gestion du régime de retraite au profit des travailleurs du secteur privé pourrait être assurée par la CRC.

- *Sur le plan des réformes paramétriques*, il a été déploré la non revalorisation des pensions de retraite depuis de nombreuses années. Sur ce point, une étude actuarielle s'avère nécessaire pour fixer les taux de progression et plafonds de cotisation et le niveau des pensions. L'étude actuarielle déterminera également les paramètres du nouveau régime obligatoire à mettre en place au profit des salariés des secteurs privé et parapublic.

Par rapport à *l'extension du champ de couverture de la branche vieillesse* pour les populations non salariées, une étude de faisabilité devra être menée pour déterminer la pertinence d'une *allocation généralisée de retraite pour certaines catégories vulnérables de personnes âgées*. Cette étude ne se limiterait pas seulement à mesurer l'impact de la fourniture de prestations en espèces au profit des personnes âgées mais devra s'étendre à la recherche d'autres catégories de prestations (uniques ou combinées) telles que les soins de santé, la création de prestations aux familles pauvres dirigées par des personnes âgées, etc.

Une autre étude devra aussi permettre de résoudre la problématique de la couverture sociale des Comoriens de l'extérieur qui se pose non seulement en cas de retraite mais aussi en cas d'invalidité ou en cas de décès du soutien de famille. Les recherches devront s'orienter vers la possibilité d'étendre le champ de l'assurance vieillesse instituée ou l'opportunité de créer un dispositif séparé d'assurance sociale pour Comoriens de la Diaspora.

### **3.5 Vulnérabilité liée à la perte de capacité de travail et la réponse pour les risques professionnels**

En cette matière, outre l'absence de dispositif de prévention et de réparation pour les agents de l'Etat, l'Union des Comores ne respecte pas la totalité de ses engagements internationaux. L'Union des Comores a ratifié trente deux Conventions de l'OIT dont cinq sont relatives à la réparation des risques professionnels. Il s'agit de:

- la Convention n° 12 sur la réparation des accidents du travail (agriculture) ;
- de la Convention n° 17 sur la réparation des accidents du travail ;
- la Convention n° 18 sur les maladies professionnelles ;
- la Convention n° 19 sur l'égalité de traitement en matière d'accident de travail ;
- la Convention n° 42 (révisée) sur les maladies professionnelles.

En réponse aux multiples interpellations des organes de contrôle de l'OIT, les autorités Comoriennes ont indiqué que la « législation en vigueur oblige tous les employeurs à affilier leurs employés à la Caisse de Prévoyance Sociale en vue de les garantir contre les accidents du

travail et les maladies professionnelles. Dans la pratique, la Caisse de Prévoyance Sociale prend en charge la réparation d'un accident, même si l'employeur n'est pas affilié ou n'avait pas affilié le travailleur victime de l'accident ».

Pour ce qui concerne l'application de la Convention n°19 de l'OIT sur la légalité de traitement en matière d'accident de travail, les organes de contrôle estiment que l'article 29 du décret n°57-245 du 24 février 1957 limite, et même dans certains cas, supprime les droits à réparation découlant d'un accident du travail pour les seuls travailleurs étrangers ou leurs ayants droit en cas de résidence à l'étranger. Cette disposition est contraire aux principes fixés par l'article 1<sup>er</sup>, paragraphe 2, de la Convention qui prévoit que l'égalité de traitement en matière de réparation des accidents du travail doit être assurée aux travailleurs étrangers ressortissants d'un pays lié par la Convention et à leurs ayants droit, sans aucune condition de résidence.

#### - **Résultat des discussions avec les partenaires sociaux**

Sur la question des risques professionnels, les discussions que nous avons eues avec les partenaires sociaux ont fait ressortir la nécessité de mener une action d'urgence à l'endroit de la Caisse de Prévoyance Sociale qui se trouve dans une situation très mal maîtrisée. Cette institution, outre les graves problèmes de gestion soulevés dans les précédents rapports, est même menacée dans sa survie.

Les représentants des employeurs ont expressément déploré le blocage actuel dans la prise en charge des accidentés du travail. Ils ont exprimé leur inquiétude face à la situation, insistant particulièrement sur les lenteurs enregistrées dans la procédure « d'évacuation sanitaire », lenteurs qui les obligent à préfinancer les frais sans être sûrs d'être remboursés par la Caisse.

En outre, la Caisse de Prévoyance Sociale est menacée de déguerpissement en raison d'un litige foncier avec la Banque Centrale dont les travaux de réaménagement rendent quasi inaccessibles les locaux. Au surplus, le Directeur Général de cette institution serait absent du territoire, laissant l'institution dans une situation précaire ; à ce niveau, l'exécution d'un plan d'urgence par les tutelles s'impose.

Du point de vue du champ de couverture personnelle, toutes les personnes interrogées ont déploré la non couverture des agents de l'Etat en cas d'accident de travail ou de maladies professionnelles. Les différents intervenants ont préconisé la mise en place d'un régime de protection contre les risques professionnels au profit des agents de l'Etat. Les autorités ministérielles et administratives rencontrées ont également estimé que le régime de protection contre les risques professionnels doit effectivement être étendu aux agents de l'Etat. La question à ce niveau est de savoir si dans la situation actuelle de la CPS, il est opportun de lui confier la gestion d'un régime pour les fonctionnaires. Il semble plus approprié d'en confier la gestion à la CRC qui gère déjà la branche vieillesse au profit des agents de l'Etat.

### **3.6 Vulnérabilité liée à la pauvreté infantile et aux discriminations envers les en cas de maternité et de veuvage**

Les prestations familiales, selon leur niveau, leur montant, (croissant ou décroissant), (plafonné ou non en fonction de la taille de la famille), constituent un élément de la politique démographique et un instrument de lutte contre l'analphabétisme et la pauvreté infantile.

En effet, l'âge et la scolarisation sont des facteurs dont il est tenu compte dans cette catégorie de prestation. De nombreux pays établissent une relation, pour la détermination du droit aux allocations familiales, entre la limite d'âge supérieure au-delà de laquelle ces allocations ne sont plus versées et l'âge minimum obligatoire de fin de scolarité. Des prolongations peuvent être autorisées lorsque l'enfant poursuit des études. Les enfants handicapés conservent également leurs droits aux prestations de façon indéterminée ou jusqu'à ce qu'ils soient couverts par d'autres régimes payant des prestations comparables ou meilleures.

Les régimes de prestations familiales continuent à évoluer et de nouveaux développements interviennent en fonction des besoins tels que le logement, qui constitue une priorité de premier ordre pour les salariés, comme pour les autres catégories de citoyens, en particulier dans les centres urbains.

Pour les prestations en nature, plusieurs autres services sont souvent mis à la disposition des familles. Dans certains pays, en effet, il existe parfois une large palette de services familiaux offerts par les institutions de sécurité sociale au titre de « l'action sanitaire, sociale et familiale ». Ces dépenses ne sont d'ailleurs pas toujours considérés comme faisant partie de l'ensemble des prestations du régime de sécurité sociale et en conséquence, ne sont pas évalués comme tels dans les dépenses macroéconomiques de protection sociale.

S'agissant de la branche « maternité », son instauration va permettre de lutter contre les discriminations à l'embauche dont peuvent être victimes les femmes, de garantir l'indemnisation à toutes les salariées et d'assurer la mutualisation du risque pour garantir une certaine équité vis-à-vis des employeurs qui supportent la charge des prestations.

#### **- Résultat des discussions avec les partenaires**

Au cours des discussions, il a été déploré que la branche des prestations familiales, qui existait déjà aux Comores, ait été supprimée en 1981.

Les représentants des travailleurs estiment que cette branche doit être restituée dans la mesure où elle a offert la possibilité à un grand nombre de familles de garantir l'éducation des enfants et de les accompagner dans les soins de santé primaires.

Quant aux représentants des employeurs, ils ont exprimé la même opinion. Toutefois, ils ont posé comme préalable au versement des cotisations pour cette branche, leur implication dans les organes délibérants de l'institution qui serait en charge de sa gestion. Ce faisant, ils seraient en mesure d'assurer à la fois un contrôle sur la gestion, et de lutter contre la fraude sociale par une sensibilisation de la collectivité patronale.

Au cours des débats, la question de l'*assurance maternité* a été soulevée : les partenaires travailleurs et employeurs ont déploré la lenteur dans la mise en place d'une telle branche. Ils ont rappelé que l'article 121 du Code du travail dispose que « la totalité du salaire qu'elle percevait à la suspension du travail est totalement prise en charge par l'employeur pendant toute cette période jusqu'à la mise en place d'une sécurité sociale ». S'il existe des employeurs qui indemnisent les femmes salariées pendant le congé de maternité et mettent à leur disposition des services de santé d'entreprises, d'autres employeurs refusent toute indemnisation aux femmes en couche.

Sur ce point également, les représentants des organisations d'employeurs se sont déclarés favorables à l'institution d'une branche maternité.

Enfin, le Code du Travail prévoit « la prise en charge par l'employeur de la totalité du salaire de la femme salarié qui vient à perdre son conjoint, pendant une période de quatre mois dix jours en attendant la mise en place d'une caisse de prévoyance sociale qui prendra en charge 50% de ce salaire ». La réflexion en cours devrait se pencher sur cette question de l'indemnisation au cours du *congé de veuvage* aussi bien dans la fonction publique que dans le secteur privé. Une étude devrait permettre d'en évaluer la charge et de proposer le mode de financement approprié. Cette problématique n'a pas été soulevée spécifiquement lors des entretiens mais relève des réalités locales qui obligent la femme musulmane à observer une « retraite » pendant la période de 130 jours.

### 3.7 Vulnérabilité liée au décès du soutien de famille

Dans le contexte d'un régime de sécurité sociale, le terme "survivants" ne se rapporte souvent qu'aux veuves et aux enfants. Or, dans de nombreuses sociétés, comme aux Comores, il est courant que les ascendants soient à la charge du travailleur ou que les deux conjoints travaillent.

Il faudrait donc que la réglementation à fixer tienne compte des différences d'origine culturelle et traditionnelle existant au Comores en ce qui concerne les personnes que l'on peut considérer comme « *personnes à charge* » au sein de la famille immédiate.

- *Sur les conditions d'octroi des prestations de survivants* : dans un régime d'assurance sociale, les conditions d'octroi sont satisfaites automatiquement si une pension de vieillesse était payée au moment du décès. Ainsi, si un retraité de sexe masculin décède en laissant une veuve et des enfants, la condition d'octroi d'une prestation de survivants est remplie. Etant donné que le décès de l'affilié peut intervenir avant l'âge de la retraite. Les périodes de cotisation ou d'emploi ouvrant droit à pension sont alors plus courtes.
- *Sur les prestations à servir*, il importe de tenir compte de certains facteurs :
  - les régimes qui fournissent des prestations de survivants après décès suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle, ne doivent pas être confondus avec ceux qui interviennent en cas de décès pour cause non professionnelle. Dans le premier cas, il n'y a pas de conditions minimales de périodes de cotisation et les prestations sont souvent d'un montant plus élevé ;

- l'évolution de la composition des familles fait que certains régimes de prestations de survivants reconnaissent le fait que la femme peut avoir été le principal apporteur de revenus de la famille, si bien que lorsqu'elle décède, son mari et leurs enfants devraient recevoir une forme de protection semblable aux prestations que les régimes traditionnels octroient aux veuves et aux enfants. La Recommandation n°131 de l'OIT, préconise l'égalité de traitement pour les veufs "invalides" et "à charge".

#### - **Discussions avec les partenaires tripartites**

Ce type de prestations étant institué en cas de décès du soutien de famille, dans le cadre des branches retraite, invalidité et risques professionnels, les partenaires rencontrés ont insisté sur la nécessité d'élargir le bénéfice de cette catégorie de prestations aux ayant droits :

- des fonctionnaires qui devront bénéficier d'une couverture en cas d'invalidité résultant d'un accident du travail ou de maladies professionnelles ;
- des travailleurs du secteur privé, dès lors que la création de la branche vieillesse et invalidité est préconisée.

Pour les catégories de travailleurs non salariés, une étude de faisabilité devra être menée pour évaluer l'impact sur les finances publiques de la mise en place éventuelle d'un dispositif d'assistance sociale pour lutter contre la pauvreté ou tout au moins assurer l'alphabétisation des enfants issus de ménages dont le chef de famille est une personne du 3<sup>ème</sup> âge, etc.

### **3.8 Vulnérabilité liée à l'absence d'emploi**

Dans la plupart des pays, le taux de chômage est considéré comme un indicateur important du fonctionnement du marché du travail. Toutefois, dans les pays à faible revenu, comme les Comores, sa signification peut être moindre parce que personne ne peut se permettre de rester au chômage longtemps, du fait qu'il n'existe ni assurance chômage, ni aide publique destinée aux chômeurs.

Généralement, il est fait état de taux de chômage bas puisque la majorité de la main-d'œuvre travaille dans le secteur informel ; le taux de chômage global ne constitue donc pas un bon indicateur. Selon les analyses du BIT, dans les pays où l'on rencontre une forte proportion de travailleurs indépendants, il est préférable de mesurer le taux de chômage spécifique des salariés tout simplement parce que les travailleurs indépendants ont une probabilité moindre de s'inscrire au chômage que les salariés.

Aux fins de comparaisons internationales, il est jugé préférable de mesurer le taux de chômage spécifique des salariés afin de concentrer l'observation sur la population sujette au risque, dans la mesure où le taux de chômage global est d'une utilité limitée dans les pays dont le marché du travail est dominé par l'emploi indépendant.

## - Les discussions avec les partenaires tripartites

Sur le risque chômage, le réalisme des acteurs face à la situation du pays a fait prévaloir la prudence. Aucun des acteurs concernés n'a préconisé l'institution d'un régime d'assurance chômage au regard des contraintes que l'instauration d'une telle branche poserait sur les finances publiques et/ou sur le niveau de charge sociale des entreprises. Il n'en demeure pas moins que les acteurs ont compris le rôle économique que jouent les prestations de chômage dans le maintien du niveau de la consommation, dans le niveau de production des entreprises et le maintien du niveau du PIB qui conditionne le taux de croissance.

### 3.9 Vulnérabilité liée à la maladie

Selon l'*approche genre* sur laquelle s'est fondée l'analyse aux Comores, les personnes privées de soins sont le plus souvent les femmes qui dépendent financièrement de leurs maris, mais qui, faute de moyens financiers suffisants, se tournent souvent vers d'autres recours. Le premier recours est souvent l'automédication avant la consultation dans une structure publique/privé ou dans un circuit traditionnel.

Il apparaît en effet que les hommes se considèrent moins facilement malades que les femmes ; ils pratiqueraient plus facilement l'automédication et s'adresseraient moins rapidement à un personnel de santé que les femmes.

En ce qui concerne le VIH/SIDA, une étude effectuée en 2003-2004, dénommée EVIH, a contribué à mieux connaître la prévalence et les comportements relatifs au VIH/SIDA aux Comores. Les résultats de cette enquête ont permis d'appuyer le plan d'action du PNLS et de favoriser une planification plus efficace des activités préventives ciblées. Malgré les ressources limitées du pays, le gouvernement a inscrit la lutte contre le VIH/SIDA dans ses priorités budgétaires nationale et s'est doté de nombreux instruments politiques et stratégiques pour maintenir le pays à faible prévalence (moins de 1%). La lutte contre les IST/VIH/SIDA fait partie des 7 axes stratégiques majeurs et des 35 programmes prioritaires retenus par le DSCR.

- *Sur le plan du financement du secteur de la santé*, la pratique d'une politique de recouvrement de coûts pour susciter la participation communautaire est effective ; en l'an 2000, son niveau dépassait le budget de l'Etat alloué au système de santé, mais pèse lourdement sur les revenus des ménages pauvre, entraînant l'exclusion des indigents. C'est ainsi que l'enquête sur la pauvreté (2000) a révélé que parmi les personnes malades qui ont consultées, 36 % étaient pauvres; cette proportion s'élève à 58,3% des personnes qui n'ont pas eu une consultation.

Globalement, la structure du financement du système de santé provient de quatre sources principales :

- le budget de l'Etat, qui couvre à la fois les dépenses d'exploitation et d'équipement ;
- la participation communautaire ;
- l'aide publique extérieure (Dons et prêts) ;
- l'aide extérieure, autre que publique (diaspora, ONG, ...).

L'évolution des allocations budgétaires au titre de la santé a connu une certaine régression passant de 6,7% du budget en 1993 à 5,6% en 1997 et à 4,92% en 2000. Ce taux est loin du taux de 10% préconisé par l'OMS. La majorité de cette allocation est destinée aux rémunérations du personnel (88,53% en l'an 2000) ; quant aux subventions, elles n'ont jamais été versées depuis 1995.

- *Sur le plan de l'accessibilité financière aux soins*, les timides progrès de l'assurance maladie relèvent des initiatives communautaires de micro-assurance.

La lente progression enregistrée a été obtenue grâce à l'appui du groupe CIDR, une ONG française, qui opère aux Comores depuis 1997 dans une quinzaine de pays africains depuis 1961.

### **3.9.1 Le niveau d'implantation des mutuelles de santé**

Le CIDR a mis en œuvre un programme d'implantation de mutuelles de santé à la suite d'une étude de faisabilité réalisée en 1995 à Hambou, qui a débouché sur un programme dans le même District sanitaire de l'île de Grande Comores à partir de 1997.

De 1997 à Novembre 2002, le programme s'est étendu sur l'ensemble de l'île de Grande Comores, en deux phases successives financées par le PNUD et le FENU.

Après l'interruption du financement en novembre 2002, le CIDR a poursuivi un appui minimum, auprès du Projet, restreint à la présence d'un agent mutualiste, au niveau du Service Commun de Gestion par une unité technique du réseau.

## **Encadré n° 6 : Phase actuelle du programme du CIDR**

La phase actuelle (juillet 2004/juin 2007) financée par l'Union Européenne et EED<sup>15</sup> comporte trois grands axes de travail :

- l'extension du réseau en Grande Comores, en s'appuyant notamment sur la réplication du nouveau concept de système d'assurance maladie autogéré : la Sécurité Sociale Villageoise (SSV)<sup>16</sup>,
- le renforcement des capacités du Service Commun de Gestion aux mutuelles de santé,
- l'extension du Projet sur les îles d'Anjouan et de Mohéli.

Il ressort du rapport du CIDR<sup>17</sup> qu'au cours des douze mois, on constate que :

Trente trois villages ont discuté de la possibilité d'introduire la SSV.

- Onze villages (33 %) ont donné une réponse défavorable. Cinq parce que les fonds n'étaient pas mobilisables cette année, trois qui ont conclu n'avoir structurellement pas les moyens, et trois qui avaient un intérêt différent des propositions du CIDR.
- Quatorze villages (42 %) ont donné une réponse favorable. Quatre ont interrompu la collaboration (dont trois à son terme), deux ont effectivement monté leur SSV, et huit sont actuellement en cours de montage.
- Enfin, huit villages se situent actuellement dans le temps de la prise de décision.

A coté des systèmes implantés dans les villages, quelques institutions ont bénéficié de l'appui du CIDR pour implanter leurs mutuelles :

- *La mutuelle du personnel du Centre médico-chirurgical de Mitsamiouli (CMC)*

La deuxième formation sanitaire de l'île a eu une mutuelle dans les phases précédentes du Projet, avant d'interrompre ses services du fait de l'arrêt des activités du Centre pour cause de travaux. Six mois après la reprise de l'activité au CMC, la mutuelle de son personnel a été refondée, avec l'appui du Chargé de Programme et du Service Commun de Gestion (SCG). La mutuelle comptait 700 bénéficiaires en fin 2006.

- *La Société Comorienne des Hydrocarbures*

La SCH est une société d'Etat, financièrement solide, et sa Direction a toujours accordé des avantages sociaux aux employés. Sollicité pour la mise en place d'une mutuelle, le CIDR a décidé d'appuyer le SCG dans la contractualisation de ses services avec la société. Le produit

<sup>15</sup> Evangelischer Entwicklungsdienst, Allemagne.

<sup>16</sup> Deux particularités de cette organisation de sécurité sociale villageoise :

- 1) elle couvre tous les habitants d'un territoire donné, village ou quartier : l'ensemble des habitants du territoire circonscrit est membre et bénéficiaire de l'association ;
- 2) il y a découplage entre les payeurs et les bénéficiaires : les caisses solidaires villageoises des différentes représentations de la population villageoise ou toute autre source de financement villageois abondent le budget de l'association.

<sup>17</sup> Rapport d'activité 2006, CIDR.

pourrait concerner plus de 600 personnes, avec une prime individuelle de KMF 40 000/= par an.

- *L'Université*

Sollicité par le doyen de l'Université, le CIDR a entamé l'étude pour la mise en place d'un service d'assurance maladie spécifique aux 3 000 étudiants de l'Université des Comores. Le montage était en phase d'accélération après un travail préliminaire effectué sur les cas cliniques, leur coût et leurs fréquences.

- **Résultats des discussions avec les partenaires tripartites**

Il ressort clairement des discussions que la branche maladie est considérée comme une branche à inscrire en priorité dans le cadre de l'extension de la protection sociale :

- d'abord, dans le **secteur public**, seuls les personnels militaires disposent d'une mutuelle de santé organisée par voie réglementaire. Cette institution est d'ailleurs considérée comme un bon modèle pour la couverture les autres agents de l'Etat à défaut d'un système de prise en charge directe par l'Etat des soins de santé de ses agents ;
- ensuite, au niveau du **secteur privé**, rares sont les entreprises qui ont institué des services médicaux pour dispenser des soins externes aux travailleurs et aux membres de leurs familles. Les représentants syndicaux ont rappelé que l'article 147 du Code du travail dispose que : « *toute entreprise ou établissement doit assurer un service médical ou sanitaires à ses travailleurs* ». Il est préconisé dans le même article « *qu'outre le rôle préventif des services médicaux, ceux-ci doivent assurer une assistance curative aux travailleurs* ». Les représentants des organisations patronales ont déclaré être très favorables à l'implantation de mutuelles de santé dans les entreprises. Ils ont d'ailleurs requis l'assistance technique du CIDR et qui tarde quelque peu à réagir ;
- enfin, pour la majorité de la population, le défaut de mécanisme assurantiel de financement des soins de santé pose un problème sérieux quant à l'atteinte des OMD.

### **Encadré n° 7 : La nécessaire implication du BIT dans l'appui à l'extension de l'assurance maladie**

Aujourd'hui, avec l'appui du CIDR, les initiatives communautaires ont donné des résultats timides en raison de l'appui certes positif mais jugé insuffisant face à l'ampleur de la demande. Pour répondre aux attentes, l'option prioritaire est de systématiser la création de mutuelles d'entreprises et de mutuelles villageoises. Un projet spécifique d'implantation de mutuelle de santé d'appui pourrait être piloté par le Programme STEP du BIT. Le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Bureau international du Travail est un instrument pour accroître la couverture et l'efficacité de la protection sociale dans le monde. En accord avec les conclusions du Sommet mondial pour le développement social à Copenhague, le programme STEP promeut la conception et la diffusion de systèmes novateurs destinés à la protection sociale des populations exclues. Basés sur les principes d'équité, d'efficacité et de solidarité, ces systèmes contribuent à la justice et à la cohésion sociales. Dans ses interventions, STEP combine différents types d'activités : actions concrètes sur le terrain, appui technique à la définition et mise en œuvre des politiques, production d'outils méthodologiques et d'ouvrages de référence, recherche.

L'intervention du programme STEP est d'autant plus urgente que les acteurs de la micro-finance organisés autour des Mutuelles d'Épargne et de Crédit, attendent aussi un appui pour mettre en place des mutuelles de santé. Ils ont parfaitement compris que la microassurance santé constitue la première garantie pour le micro-crédit ; les études qu'ils ont menées ont en effet confirmé que le premier motif de retard dans le remboursement de crédit est la maladie

Il convient de noter aussi que parmi les composantes de l'Agenda Stratégique de l'OMS (2005-2009)<sup>18</sup>, figure l'appui institutionnel au système de santé. Dans ce cadre, il est prévu que l'OMS apportera son appui technique et logistique notamment la promotion des mutuelles de santé et développement de mécanismes de prise en charge :

- contribuer à la diffusion des résultats de l'expérience des mutuelles ;
- contribuer à la définition des critères d'indigence ;
- promouvoir le développement de mécanismes de prise en charge des groupes vulnérables ;
- aider à l'harmonisation des tarifications des médicaments et des soins.

---

<sup>18</sup> Stratégie OMS de Coopération avec l'Union des Comores (2005-2009)

En outre, les Comores bénéficient de l'assistance de plusieurs niveaux pour la promotion du secteur de la santé. Les différentes interventions dans ce domaine figurent en annexe 5.

### **3.9.2 Un dispositif contributif à généraliser : la Mutuelle de Santé des Militaires**

Le dispositif opérationnel d'assurance maladie des militaires peut constituer un modèle de référence pour les autres agents de l'Etat. Il tient essentiellement sa réussite de son caractère obligatoire et de son mode de gestion, en dépit de quelques difficultés liées à la nécessaire actualisation des paramètres techniques. En effet, à côté de la *Caisse Militaire de Retraite* qui gère les prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants au profit des militaires le Président de la République a institué, par décret, la *Mutuelle Nationale Militaire* en 1996. Le règlement intérieur de la Mutuelle nationale militaire, s'il a été élaboré par son Conseil d'Administration, a également été fixé par voie réglementaire la même année par un Arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 1996 du Délégué d'Etat à la Défense Nationale.

L'autre intérêt majeur de ce dispositif d'assurance obligatoire est qu'il permet le maintien de la couverture médicale en cas de retraite du militaire. En cas de décès du militaire, ses ayants droits continuent à bénéficier des prestations de la Mutuelle.

### **3.10 L'approche spécifique pour les groupes très vulnérables**

#### **3.10.1 La problématique générale des groupes très vulnérables**

L'un des objectifs de la *Politique Nationale de Protection Sociale* est d'étendre le champ de la couverture pour permettre aux groupes les plus vulnérables de faire face aux chocs. A ce jour, les études réalisées sur la vulnérabilité aux Comores n'ont pas pu arrêter une définition commune de la vulnérabilité. La notion vient du latin «Vulnare» qui veut dire blesser, dans son extension sémantique. Elle exprime selon le « rapport portant sur les groupes vulnérables aux Comores », réalisé en décembre 2001, dans une dimension économique et sociale, la position dans laquelle *une personne ou un groupe de personnes se trouve en situation de faiblesse et où des défaillances, des carences, des déficiences, des privations donnent prise à une ou plusieurs attaques qui peuvent revêtir plusieurs dimensions*.

Si la dynamique d'extension de la couverture d'assurance maladie contributive doit être encouragée il n'en demeure pas moins qu'un mécanisme spécifique devra être consacré à tous les groupes sans revenus qui ne sont pas du tout en mesure de participer financièrement aux mutuelles de santé et globalement à des systèmes contributifs.

Ainsi pourrait-il être envisagé la création d'un *Fonds d'assistance médicale* qui permettrait aux plus démunis d'être soignés dans le cadre d'un système de solidarité de proximité.

Une structure de niveau national et local devrait pouvoir gérer l'accès aux prestations pour les bénéficiaires potentiels. Mais le préalable à toute initiative de ce genre est l'estimation et la détermination du périmètre des groupes cible selon des critères précis, en prenant les précautions nécessaires pour éviter les abus qui apparaissent dans la quasi-totalité des ciblage.

### **3.10.2 La situation des handicapés et des indigents**

C'est le Ministère chargé de la Solidarité qui a exprimé les priorités pour cette catégorie. Il s'agit essentiellement des enfants les plus vulnérables, des handicapés et des indigents.

Aux Comores, la situation des handicapés reste préoccupante, malgré quelques initiatives qui ont d'ailleurs été récemment suspendues.

Il existe en effet depuis 1994, un dispositif d'assistance sociale, donc un système de protection non contributif au profit des handicapés : ceux-ci percevaient une allocation trimestrielle forfaitaire à la charge du Trésor public. Aujourd'hui la principale inquiétude des responsables au niveau du Ministère de la Solidarité est la suspension en 2007, du versement de cette allocation. La seule explication dont ils disposent est que cette suspension résulte d'une omission dans le nouveau découpage budgétaire de l'Etat.

D'autre part, en ce qui concerne les orphelins, il est attendu un appui d'une ONG, l'IDAG qui, en sus d'un concours financier, envisage d'intervenir dans la formation des orphelins non scolarisés.

Déjà, en 2003, le Gouvernement de l'Union, avec l'appui financier de l'UNICEF, avait réalisé une investigation sur la situation réelle de la vie quotidienne des personnes handicapées afin de définir une « politique juste en faveur de l'amélioration des conditions de vie des handicapés ». Cette investigation avait permis d'identifier cinq (5) principaux problèmes touchant les handicapés :

- une offre de soins et de prise en charge insuffisante ;
- une exclusion de la population handicapée du système éducatif ;
- des difficultés d'insertion dans le milieu du travail ;
- des demandes croissantes de la part des handicapés ;
- un manque d'organisation des personnes handicapées.

La conséquence essentielle est que les handicapés sont marginalisés et vivent difficilement cette situation d'exclusion sociale. C'est pourquoi, les stratégies à adopter devront viser en priorité la lutte contre l'exclusion sociale et la stigmatisation mais devront être précédées d'une étude d'ensemble intégrant l'impact sur les finances publiques et les mécanismes durables de financement.

### **3.10.3 La Stratégie spécifique pour la protection des enfants les plus vulnérables aux Comores : une avancée significative dans la programmation**

Aux Comores, les études sur les enfants ont fait ressortir le lien étroit entre la pauvreté et la vulnérabilité des enfants. En effet, la pauvreté qui engendre la dégradation des conditions de vie de la population comorienne en général, touche plus particulièrement la catégorie la plus importante de celle-ci, les enfants. Ces derniers subissent de plein fouet les effets pervers de la pauvreté à un âge crucial de leur développement. Ainsi, cette pauvreté porte atteinte à leur intégrité physique et entrave leur capacité d'acquérir des compétences. Certains ne fréquentent

pas l'école en raison de la pauvreté de leurs parents. D'autres sont obligés de travailler pour subvenir aux besoins de leurs familles. Certaines familles se séparent de leurs enfants pour les placer dans d'autres familles plus aisées afin de leur permettre d'acquérir une meilleure éducation.

L'Etat se trouve dans l'impossibilité de prendre seul en charge l'encadrement, l'insertion des enfants handicapés, des enfants qui sont en contravention avec la loi et, plus généralement, d'assurer le fonctionnement régulier des services sociaux de base.

Partant de ces constats, l'Union des Comores a adopté dès 2004 une « *Stratégie Nationale sur la protection des enfants les plus vulnérables aux Comores* ».

Au stade actuel de la réflexion sur la définition d'une *Politique Nationale de Protection Sociale*, nous estimons qu'il faut évaluer l'état de mise en œuvre des six (6) axes stratégiques d'interventions retenus dans ce document en vue :

- soit d'intégrer les actions non encore réalisées dans la *Politique Nationale de Protection sociale* ;
- soit de les exclure pour conserver l'autonomie des deux projets.

Déjà, dans le document de stratégie relatif aux enfants très vulnérables, l'analyse des rôles et capacités des « obligataires » faisant ressortir l'ampleur de la tâche. L'évaluation d'ensemble que nous préconisons permettra de savoir ce qui a été fait et ce qui reste à faire au niveau de chaque cible.

**Tableau n° 1 : Analyse des rôles et des capacités des obligataires**

<b>Catégories d'enfants vulnérables</b>	<b>Obligataires</b>	<b>Rôles</b>	<b>Lacunes de capacités des obligataires</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les enfants maltraités</li> <li>• Les enfants travailleurs</li> </ul>	- Les enfants de 15 à 18 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation à la vie scolaire</li> <li>• Suivi des soins sanitaires</li> <li>• Respect des lois et règlements</li> <li>• Dénonciation des cas de maltraitance</li> <li>• Participation aux activités communautaires qui les concernent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Absence de structure de prise en charge d'information, d'orientation, de prévention, d'encadrement et d'insertion</li> <li>◆ Méconnaissance des textes qui les protègent</li> <li>◆ Pauvreté des familles</li> </ul>
	- Parents/Famille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil et Protection de l'enfant</li> <li>• Scolarisation de l'enfant et suivi de son éducation</li> <li>• Fourniture de soins à l'enfant</li> <li>• Responsabilisation de l'enfant</li> <li>• Réinsertion de l'enfant</li> <li>• Dialogue avec l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Analphabétisme des parents</li> <li>◆ Information insuffisante des parents</li> <li>◆ Manque de confiance dans les formations sanitaires et les établissements scolaires</li> <li>◆ Pauvreté des familles</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les enfants placés</li> <li>• Les albinos</li> <li>• Les handicapés</li> </ul>	- Communautés villageoises et les associations de la société civile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification et soutien à l'enfant</li> <li>• Sensibilisation sur la vulnérabilité de l'enfant</li> <li>• Vulgarisation du cadre juridique</li> <li>• Collecte des données et des informations</li> <li>• Promotion des comportements et attitudes favorables à la protection de l'enfant et à la lutte contre la discrimination et la stigmatisation</li> <li>• Participation active à la gestion des écoles, des formations sanitaires et des foyers des jeunes et des structures de prise en charge et de réadaptation de l'enfant vulnérable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Compétences insuffisantes</li> <li>◆ Insuffisance d'information</li> <li>◆ Absence d'une culture de partenariat</li> <li>◆ Absence d'une culture de dénonciation des cas de maltraitance</li> <li>◆ Faible implication des enfants dans les activités communautaires</li> <li>◆ Manque de confiance vis-à-vis de la justice</li> <li>◆ Insuffisance des structures d'accueil et d'information</li> <li>◆ Insuffisance des moyens</li> <li>◆ Méconnaissance de la procédure</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• les enfants non scolarisés et déscolarisés</li> </ul>	- Enseignants, directeurs des écoles, encadreurs, personnel de santé, éducateurs sociaux, employeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Education et fourniture des soins</li> <li>• Identification des cas de maltraitance</li> <li>• Favoriser l'intégration des enfants vulnérables</li> <li>• Lutter contre les discriminations</li> <li>• Dialogue avec les enfants vulnérables</li> <li>• Dialogue avec les familles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Compétences insuffisantes</li> <li>◆ Insuffisance des ressources humaines et financières</li> <li>◆ Insuffisance d'information</li> <li>◆ faible Motivation en raison des paiements irréguliers des salaires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les enfants en contravention avec la loi</li> </ul>	- Institution Judiciaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protéger les enfants par la poursuite des auteurs d'abus</li> <li>• Application stricte de la loi</li> <li>• Dialogue avec les enfants</li> <li>• Favoriser la réinsertion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Insuffisance des ressources humaines et financières</li> <li>◆ Disfonctionnement et discrédit de l'appareil judiciaire</li> </ul>
<b>Catégories d'enfants vulnérables</b>	<b>Obligataires</b>	<b>Rôles</b>	<b>Lacunes de capacités des obligataires</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les orphelins</li> </ul>	- Les parlementaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Harmonisation de la législation comorienne par rapport à la CDE et à la CEDEF</li> <li>• Adoption des lois pour compléter la législation existante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Insuffisance d'information et de documentation</li> <li>◆ Surcharge de travail</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les enfants de la rue</li> </ul>	- Les médias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulgarisation du cadre juridique</li> <li>• Dénonciation des cas de maltraitance et des situations de vulnérabilité</li> <li>• Diffusion des informations et des images conformes à la législation en vigueur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Manque d'indépendance</li> <li>◆ Compétence insuffisante</li> <li>◆ Insuffisance d'information</li> <li>◆ Ressources financières insuffisantes</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les enfants abandonnés</li> <li>• Les enfants des parents divorcés</li> <li>• Les filles</li> </ul>	- Ministères (Santé, affaires sociales, Population et Condition Féminine, Justice, Education)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration des stratégies politiques, plans directeurs, directives et projets des lois;</li> <li>• <b>Création d'un environnement juridique et institutionnel favorable</b></li> <li>• <b>Mise en place des structures d'observation, de collecte de données et de protection</b></li> <li>• <b>Collecte, analyse et diffusion des données</b></li> <li>• Mobilisation et gestion efficace des ressources</li> <li>• Suivi de l'application des mesures disciplinaires et des décisions de justice</li> <li>• Coordination des actions des partenaires</li> <li>• Renforcement des capacités du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Faiblesse institutionnelle des ministères et de ses directions</li> <li>◆ Partenariat insuffisant</li> <li>◆ Absence de système de collecte et de diffusion de l'information</li> <li>◆ Absence d'une structure de prise en charge, de réadaptation et de réinsertion</li> <li>◆ Ressources humaines insuffisantes et incompétentes</li> <li>◆ Ressources financières insuffisantes</li> <li>◆ faible Motivation du personnel</li> <li>◆ Confusion des missions confiées à l'Union et aux îles autonomes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les enfants nés hors mariage</li> </ul>	Les institutions religieuses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation sur la vulnérabilité de l'enfant</li> <li>• Promotion des comportements et préceptes religieux et attitudes favorables à la protection de l'enfant, notamment la collecte du Zakat el Fitr au profit du FSEV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Insuffisance d'information et de documentation</li> <li>◆ Organisation et fonctionnement défectueux</li> <li>◆ Confusion des missions</li> </ul>
	Communauté internationale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui technique et financier au pays dans l'élaboration des politiques, des stratégies nationales ainsi que leur mise en œuvre</li> <li>• Plaidoyer</li> <li>• Mobilisation des ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faiblesse de capacité au niveau national</li> <li>• Défaillance du système de diffusion de l'information</li> <li>• Pays moins attractif des financements extérieurs du fait surtout de l'instabilité sociopolitique</li> </ul>

### - La situation des enfants les plus vulnérables

Afin de faciliter la réalisation des études, la notion *d'enfant vulnérable et un groupe cible d'enfants vulnérables* avaient été arrêtés avec le concours des personnes interrogées. Ainsi, l'enfant vulnérable est défini aux Comores comme «un être humain âgé de moins de 18 ans qui, par son âge, son état physique et mental et son environnement se trouve dans une situation de faiblesse pour son développement harmonieux, normal et socioculturel, le prédisposant à l'insécurité et à l'impossibilité de jouir de tous ses droits ».

Le groupe cible arrêté comprend : les enfants maltraités, les enfants travailleurs, les enfants placés, les albinos, les enfants handicapés, les enfants non scolarisés et déscolarisés, les enfants en contravention avec la loi, les enfants de la rue, les orphelins, les enfants abandonnés, les filles, les enfants de parents divorcés et les enfants nés hors mariages. Il s'agissait d'un choix consensuel non exclusif, qui englobe les différents cas soulevés par les études sur la protection de l'enfance et par les indications des principaux instruments juridiques internationaux.

## - **L'exploitation des enfants par le travail**

Toujours, d'après le *Document de Stratégie Nationale sur la Protection des Enfants les plus vulnérables*, l'exploitation des enfants par le travail continue de prendre des proportions inquiétantes aux Comores, bien que le Code du travail l'interdise. Les raisons qui amènent ces enfants à travailler sont nombreuses. La plupart d'entre eux vivent dans l'extrême pauvreté et doivent gagner leur vie pour assurer leur propre subsistance ou contribuer à celle de leur famille. Ces enfants travailleurs sont en majorité déscolarisés ou ont reçu une éducation insuffisante.

«*L'analyse de la situation des enfants et des femmes aux Comores* », réalisée en octobre 2000 par le Commissariat Général au Plan et l'UNICEF a établi les différentes causes de ce phénomène, notamment, la non-scolarisation et la déscolarisation précoce des enfants, la pauvreté des ménages, les défaillances de la législation en la matière. L'analyse met en exergue « la défaillance du système éducatif comorien qui continue à jeter à la rue tous les ans des centaines d'enfants sans aucune formation ». L'enquête à indicateurs multiples (MICS 2000), à son tour, a fait apparaître la situation réelle des enfants qui travaillent. A Mohéli 63% des enfants sont employés dans les fermes ou dans les affaires, alors qu'ils sont 26,3% à Anjouan et 24, 1% en Grande Comores. La MICS 2000 démontre aussi que la plupart des enfants qui travaillent ne perçoivent pas de rémunération.

## - **Les albinos**

Les résultats de l'analyse précitée démontrent que la majorité des albinos sont des enfants. Les complications liées à l'albinisme (vision assez faible) amènent les enfants à quitter précocement le milieu scolaire. Ainsi, le niveau d'éducation de cette tranche de la population est très bas et explique le fort taux de chômage qui frappe les albinos : près de 81% des albinos est sans profession.

Au surplus, cette population vit dans la précarité. Elle ne fréquente pas les structures sanitaires ; seulement 16% a déclaré avoir reçu un traitement pour les problèmes liés à l'albinisme.

## **QUATRIEME PARTIE**

### **PROPOSITION DE PLAN D' ACTIONS ET D'INDICATEURS DE LA PROTECION SOCIALE**

Ainsi que nous l'avons énoncé, pour définir la politique nationale de protection sociale, nous proposons de ne retenir que les risques sociaux qui, pour être traitées, nécessitent l'accès à des services de base tels qu'ils ont été définis par les normes pertinentes de l'OIT, c'est-à-dire les risques sociaux susceptibles d'être couverts par l'Etat, soit directement par des politiques non contributives d'assistance sociale soit par des mécanismes contributifs d'assurance sociale.

Le présent projet propose plusieurs séries de mesures déclinées sous divers axes stratégiques pour couvrir deux types de priorité : celles qui concernent les populations et celles qui sont relatives aux catégories de risques.

Les orientations et les axes stratégiques sont essentiellement définis par rapport à des outils tels que l'assistance sociale, la sécurité sociale, l'assurance communautaire, etc. Seront ainsi distingués les travailleurs du secteur formel disposant de ressources monétaires et bénéficiant déjà d'une couverture sociale organisée ; les populations actuellement vulnérables parce que n'ayant pas de protection sociale, mais dont le revenu tiré de leurs activités, permettraient d'acquérir une couverture minimale ; enfin, les citoyens ne disposant temporairement ou durablement d'aucun revenu, parce que n'ayant aucune capacité pour en acquérir.

## CHAPITRE 1er

### LE PROJET DE PLAN D'ACTION

<b>4.1</b>	<b><i>Première série de mesures : les actions transversales</i></b>
------------	---

#### ***Axe 1 : Améliorer l'information, la formation et la communication***

Les entretiens réalisés ont permis de constater que la population et, en particulier les autorités politiques et administratives ne sont pas très sensibilisées sur les enjeux de la protection sociale. L'instauration de techniques d'information et de communication est nécessaire pour mettre en avant les difficultés rencontrées par les salariés et les groupes vulnérables dans tous les domaines. A l'instar de la démarche annoncée dans *la Stratégie de Protection des Enfants très vulnérables aux Comores*, il s'agira de :

- sensibiliser les communautés villageoises, les leaders d'opinion, les autorités administratives, les élus et les autorités religieuses par la réalisation d'activités de plaidoyer et de mobilisation sur le rôle de la protection sociale et sur son impact dans la lutte contre la pauvreté. Cette campagne pourrait se faire à travers la célébration d'événements nationaux, de *focus groups*, de campagnes d'affichage, d'émissions radiophoniques et télévisuelles ;

- former en technique de communication (IEC) les ONGs et les catégories socio-professionnelles qui œuvrent pour la protection sociale, en particulier les chefs d'entreprises et les leaders syndicaux. Intégrer les médias dans les programmes de prévention, de sensibilisations et de formation sera aussi un gage de réussite de la démarche ;

- réaliser des programmes de renforcement des capacités portant sur la protection sociale à l'intention des décideurs, des partenaires sociaux et des gestionnaires des institutions qui œuvrent dans ce domaine.

Afin d'apporter les compléments indispensables aux grandes orientations qui auront été arrêtées dans la PNPS, une vaste campagne médiatique en direction des populations est nécessaire pour recueillir le « sentiment du pays ».

#### **Axe 2 : Mise à disposition d'une assistance technique pour encadrer le processus de mise en œuvre**

La faiblesse du capital humain aux Comores risque d'être le principal obstacle à la mise en œuvre de la PNPS. Les actions de sensibilisation et de formation qu'il convient de développer devront alors viser d'urgence :

- à inculquer une culture générale de la protection sociale aux leaders politiques et aux partenaires sociaux et à l'Administration ;
- à mettre en œuvre une formation spécifique en sécurité sociale, avec des modules de formation adaptés à chaque cible notamment :

- des modules en faveur des techniciens de sécurité sociale ;
- des modules destinés aux gestionnaires des organismes de sécurité sociale, aux administrateurs, aux représentants des employeurs, des travailleurs et des retraités, aux agents exerçant la tutelle administrative et financière des organismes de sécurité sociale, etc. Ces modules pourront être déroulés sous forme de séminaires et d'ateliers.

Pour atteindre les objectifs de performance fixés pour la Caisse de Retraite des Comores et la Caisse de Prévoyance Sociale et l'élargissement du champ de la couverture, une assistance technique s'avère nécessaire ; les équipes d'experts seront identifiés notamment dans les domaines :

- de la protection sociale, pour tous les aspects juridiques de la réforme, y compris la révision du mode de gouvernance institutionnelle ;
- des finances, de la comptabilité et des systèmes d'information pour les différents aspects de la gestion technique, administrative et financière ;
- de l'actuariat pour réévaluer l'ensemble des paramètres techniques des régimes existants et évaluer les paramètres techniques de chacun des régimes à instituer.

#### ***4.2 Deuxième série de mesures : plan d'actions d'urgence pour les organismes du secteur formel et les salariés***

##### **Axe 1 : L'appui aux réformes institutionnelles**

La priorité réside dans l'appui technique au fonctionnement de la sécurité sociale institutionnelle.

Pour ce faire, après avoir identifié les moyens les plus appropriés par lesquels les institutions de sécurité sociale peuvent parvenir à leurs objectifs, il importe de mener les réformes selon certains principes directeurs dégagés à titre indicatif par le BIT<sup>19</sup>.

Les principes directeurs que nous avons déjà énoncé se fondent sur :

- *l'égalité de traitement entre hommes et femmes, entre nationaux et non-nationaux*, en particulier dans le domaine des risques professionnels où s'impose le respect des Conventions de l'OIT ratifiées par la l'Union des Comores ;
- *le principe de la solidarité*, qui découle directement de la reconnaissance du droit de tout être humain à la protection de la sécurité sociale ;
- *le principe de l'affiliation obligatoire*, qui en fait dérive du principe de solidarité ;
- *la responsabilité générale de l'Etat et la gestion démocratique*, lesquels découlent également de l'ensemble des principes susmentionnés.

<sup>19</sup> **Jean-Victor Gruat/ Réforme des pensions, pertinence et principes de la sécurité sociale**/Organisation de Coopération et de Développement Economiques/ Document de travail/ AWP 3.1F

Si la Caisse de Retraite des Comores a amorcé un redressement qui mérite d'être bien soutenu pour crédibiliser l'institution et assainir la situation financière et comptable, la Caisse de Prévoyance Sociale n'a pas du tout amorcé son redressement, bien au contraire ; il en résulte un certain désintéret du patronat et des bénéficiaires eux-mêmes, désintéret qu'il urge de redresser.

Il importe de réfléchir à terme sur l'opportunité de regrouper la gestion de toutes les branches autour d'une même institution, à l'exception de la branche maladie.

### **Action 1 : Restructuration du cadre institutionnel de la CRC**

Pour mettre en œuvre le principe de gestion démocratique ci-dessus énoncé, la loi de 1962 fixant le cadre institutionnel, de même que ses décrets d'application devront être revus. Il s'agit de conférer une véritable autonomie administrative et financière à cet organisme en clarifiant les responsabilités des différents acteurs (gestionnaires, Tuteurs, etc.) pour pouvoir situer les responsabilités de chacun.

Dans le schéma envisagé, l'objectif premier est de détacher la CRC du Trésor public. Il sera nécessaire de restructurer les services de la Caisse dans l'objectif d'une réelle autonomie de gestion, tant du point de vue de la disponibilité de ses avoirs, que du point de vue de la liquidation et du paiement des droits des pensionnés. Il sera impératif de faire recours à un actuaire pour collecter les données et formuler des recommandations sur les paramètres techniques de chacun des régimes gérés par la CRC.

Par ailleurs, le principe de la gouvernance démocratique réclamé par les partenaires sociaux suppose une modification de la composition des organes délibérants pour consacrer la parité ou le tripartisme dans la répartition des sièges. La mise en œuvre de ce principe suppose aussi une claire définition des droits et obligations de chaque partie dans les statuts de l'organisme.

### **Action 2 : Aide au redémarrage de la Caisse de Prévoyance Sociale**

Il ressortait déjà des rapports antérieurs du BIT que l'appui ne pourra être véritablement efficace que si certaines conditions sont effectivement remplies. Aux conditions techniques liées à la reconstitution de l'ensemble de la base de données documentaires institutionnelle, technique et statistique s'ajoutent d'autres conditions préalables : la désignation d'une équipe directionnelle, si cela n'est fait, l'affectation définitive de locaux propres pour abriter le siège et pallier les risques de perte documentaire et, enfin, l'implication réelle des tutelles technique et financière au redressement de la situation.

Sur le plan technique et sur le plan de la gouvernance, la réforme proprement dite pourrait s'orienter en trois directions :

- redéfinir le statut de l'organisme en impliquant effectivement les partenaires sociaux à la gouvernance ;
- refondre la législation technique et réviser les paramètres techniques et les procédures de gestion ;
- établir un système d'information approprié.

En effet, les textes les plus récents régissant la CPS remontent à 1974 et consistent en une série d'arrêtés inspirés de la législation de 1956. Depuis cette époque, aucune réforme législative n'a été entreprise. Les textes fixant les modalités de détermination des capitaux constitutifs de rentes, les règles de fonctionnement et le régime financier de la CPS sont aujourd'hui obsolètes.

En outre, les textes devront être mis en conformité avec les dispositions des Conventions de l'OIT ratifiées par l'Union des Comores pour donner suite aux constantes interpellations des organes de contrôle de l'OIT.

### **Action 3 : Lutte contre la fraude sociale**

L'efficacité et la viabilité des institutions sont affectées par *la fraude sociale*. Le risque de fraude sociale constitue une des raisons pour lesquelles les régimes de sécurité sociale ont été rendus obligatoires dans la mesure où certains travailleurs, laissés à eux-mêmes, n'épargneraient pas assez pour financer leur protection sociale.

Les causes du non-paiement des cotisations sont liées à la conjugaison de plusieurs facteurs :

- certains employeurs ont tendance à frauder ou considèrent simplement le versement de cotisations sociales comme non prioritaire par rapport à d'autres dépenses ;
- les travailleurs hésitent à signaler le non versement des cotisations aux organismes ou ne sont pas au courant de cette irrégularité ;
- les organismes, dans l'application du système, sont incapables de l'empêcher en raison de divers facteurs.

A ces facteurs s'ajoutent l'inaction de la tutelle technique et de l'Inspection du Travail qui n'a pas du tout les moyens d'exercer ses prérogatives dans ce domaine.

Cette fraude a gravement porté atteinte aux régimes de sécurité sociale, particulièrement celle que gère la Caisse de Prévoyance Sociale et a eu pour effet d'affecter le niveau du recouvrement, la qualité des prestations servies aux bénéficiaires et la confiance du public.

Pour mener à bien une campagne de lutte, un *Programme national de lutte contre la fraude sociale* conjuguant les efforts de la CPS, de l'Administration du travail et des partenaires sociaux défini avec un plan d'opération est nécessaire pour chaque Ile.

<p style="text-align: center;"><b>Axe 2 : Elargissement effectif du champ d'application personnel et matériel de la protection sociale</b></p>
--

Sur le plan du champ de couverture personnelle, les *régimes politiques et les régimes administratifs* gérés par la CRC (qui sont de fait des régimes non contributifs), devraient être revus dans un souci d'équité, mais aussi pour viabiliser financièrement l'activité de l'institution qui doit jouer un rôle de premier plan dans le dispositif de sécurité sociale.

La réflexion à ce stade s'oriente vers le *regroupement dans une seule institution de l'ensemble des branches existantes* ou à créer au profit des salariés, qu'ils soient du secteur public ou du secteur privé, à l'exclusion de la branche maladie.

Sur le plan du champ d'application matérielle, il est proposé qu'un ***régime de pension de retraite, d'invalidité et de survivant*** soit institué *et soit rendu obligatoire* pour tous les salariés des secteurs privé et parapublic. La gestion de ce régime pourrait être confiée dans un premier temps à la CRC. Cette importante réforme pour mettre en place le nouveau régime suppose une assistance technique et matérielle adéquate, un système d'information intégré, avec surtout une phase d'accompagnement sur place. Les ressources humaines qualifiées devront également être sélectionnées pour mettre en place ce dispositif jugé prioritaire par l'ensemble des acteurs.

### **Action 1 : La possibilité de créer une branche des pensions**

Ce projet assez ancien est à mettre en œuvre, puisqu'il date de 1985. Aujourd'hui il s'agit d'entreprendre une *étude actuarielle prospective*, qui définirait les paramètres techniques du régime et les conditions de faisabilité de cette opération eu égard aux nombreux paramètres économiques sociaux, psychologiques, etc. La mise en place d'un régime de pension, outre l'objectif social immédiat, permettrait aussi à moyen terme une plus grande mobilisation de l'épargne nationale. Elle permet d'améliorer la croissance, de par la redistribution des revenus qu'elle va opérer, et permet aussi de maintenir le niveau de la production nationale, à condition que l'autonomie financière soit réelle et qu'une politique de placement des réserves soit clairement définie.

### **Action 2 : restaurer la branche des Prestations Familiales, créer la branche Maternité pour tous les salariés et étendre la branche des risques professionnels aux agents de l'Etat**

Toujours dans le cadre de l'extension du champ d'application matériel, la restauration de la *branche des prestations familiales* est fortement préconisée. Est également fortement encouragée l'instauration d'une *branche maternité*.

- a) *En ce qui concerne les agents de l'Etat*, la gestion de ce type de prestations à court terme ne poserait aucun problème technique particulier dans la mesure où :
  - 1- Pour les prestations familiales, le Service de la Solde pourrait intégrer directement les prestations en espèces aux traitements des agents. Des éléments pourraient être intégrés dans le *Statut général de la Fonction publique* pour rendre opérationnelle une telle mesure.
  - 2- Pour la branche maternité, il est également possible que des dispositions législatives soient insérées dans la loi portant *Statut Général de la Fonction Publique* pour régler en urgence le cas des femmes fonctionnaires.
  - 3- Pour la branche des risques professionnels, la gestion pourra être confiée à la CRC sous réserves que les conditions préalables et les mesures d'accompagnement soient mises en œuvre.

- b) *En ce qui concerne les femmes salariées régies par le Code du Travail*, les paramètres techniques devront être évalués par un actuair e et les éléments de gestion technique de la branche pourront être définis plus tard. Il restera à déterminer l'organisme gestionnaire eu égard à la situation aujourd'hui préoccupante de la CPS.

### **Action 3 : Création d'un Fonds d'appui pour l'accès à l'habitat**

Outre les services qu'il peut rendre à l'ensemble de la communauté, ce projet pourrait permettre de relancer le programme de *prêt / logement* suspendu depuis 2002 par le Conseil d'Administration de la CRC.

A l'instar de la pratique en cours dans d'autres pays, ce programme serait accompagné d'une mise à disposition de réserves foncières par l'Etat et par les collectivités locales pour la création de logements sociaux au profit des salariés affiliés à la CRC. Ce programme permettrait à la CRC de mener des actions pertinentes à l'égard des allocataires en offrant une perspective sécuritaire aux travailleurs ainsi qu'aux membres de leurs familles. L'analyse de la hiérarchie des besoins des retraités laisse apparaître une forte aspiration au logement décent, particulièrement en milieu urbain.

Cet élément du dispositif, d'ailleurs prévu dans la gamme des prestations aux familles inscrites dans la Convention n°102, est un facteur clé dans la lutte contre la *pauvreté infantile*, dans la stratégie de maintien du pouvoir d'achat des générations actives et dans l'allègement de la pauvreté des personnes du 3<sup>ème</sup> âge.

### **Action n°4 : Mener une étude de faisabilité pour la mise en place d'un dispositif d'assurance vieillesse et invalidité pour les Comoriens de l'extérieur**

La protection des travailleurs migrants constitue une préoccupation constante de l'OIT, qui, depuis sa création, a adopté plusieurs instruments relatifs à la protection sociale de cette catégorie particulière de travailleurs, notamment en matière d'égalité de traitement entre nationaux et non nationaux, de conservation des droits acquis et des droits en cours d'acquisition en cas d'accident du travail, de maladies professionnelles, de retraite et de décès du soutien de famille.

Il est à présent reconnu que les migrations et la gestion des migrations de main-d'œuvre sont des questions qui sont au centre des préoccupations des gouvernements et des partenaires sociaux partout dans le monde, y compris aux Comores, pays de grande migration.

Il s'agira de mener une étude qui proposera les contours du régime à mettre en place, lequel régime devra permettre de surmonter les obstacles qui existent aujourd'hui pour assurer l'effectivité des principes de la doctrine internationale que les normes de l'OIT ont dégagés, à savoir :

- la conservation des droits acquis dans le pays d'emploi ;
- la conservation des droits en cours d'acquisition dans les différents pays d'emploi ;
- le paiement des prestations hors du pays d'emploi, c'est-à-dire en cas de retour aux Comores.

## **Action n°5 : Se pencher sur le projet de création d'un organisme unique de sécurité sociale**

Au cours de la mission, il nous a été remis un projet d'Ordonnance portant « création d'un organisme de protection sociale aux Comores » qui mérite une analyse critique détaillée. Si le projet de création d'un organisme unique est positif en soit, il ne saurait se faire dans la forme qui est préconisée dans le texte que nous faisons figurer en Annexe 7.

Du point de vue statutaire, l'organisme qui serait un Etablissement public administratif, ne bénéficierait ni de l'autonomie de gestion, ni de la gouvernance démocratique réclamée par les partenaires sociaux et préconisée par la CIPRES et l'OIT.

Du point de vue du champ de couverture personnel et matériel, le texte reste muet sur le rôle futur des organismes existant (CPS et CRC), sur l'affiliation des agents fonctionnaires de l'Etat et sur les régimes spécifiques à chaque catégorie d'affiliés :

- sur les branches couvertes, même si dans certains articles, il est fait référence à diverses branches de la sécurité sociale qui, en fait, ne sont pas encore instituées dans le pays, contrairement à ce qui est énoncé à l'article 2 ;
- sur la branche maternité dont il est fait allusion seulement au titre des modalités de paiement, aucune référence n'est faite à la couverture des prestations en cas de veuvage alors que le Code du Travail le prévoit expressément, au même titre que la couverture en cas de maternité.

Du point de vue des ressources, les taux de cotisations aux différentes branches sont fixés sans que la répartition entre les employeurs et les travailleurs ne soient spécifiée.

### ***4.3 Troisième série de mesures : l'extension de la protection sociale aux autres catégories vulnérables de la population***

#### **Axe 1 : Généralisation de la micro assurance santé par groupe cible pour l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé**

L'objectif est de réduire au minimum la part des coûts de soins de santé pris en charge directement par les populations qui ont un revenu potentiel et/ou d'encourager le couplage *micro crédit/ micro assurance santé*. L'autre objectif vise à les rendre gratuits pour les catégories les plus vulnérables qui n'ont, à titre permanent ou à titre temporaire, aucun revenu, par la mise en place d'un dispositif d'assistance sociale ciblé.

#### **Encadré n°8 : Lien entre la micro-finance et la micro-assurance santé**

Dans le processus actuel de lutte contre la pauvreté, le lien entre emploi et protection sociale est non seulement réel mais de plus en plus pertinent d'autant que les Comores ont inscrit la promotion de l'emploi comme un des axes prioritaire du DSCR. Aujourd'hui, il est possible conceptuellement d'établir un pont entre micro-crédit, micro-entreprise, et micro-assurance santé.

En effet, le micro-crédit crée des emplois et génère des revenus. Mais seul, il ne peut pas faire sortir l'individu de la pauvreté. On doit lui associer la formation et surtout la protection sociale car il est maintenant avéré que l'une des premières causes de non-remboursement des crédits est la maladie. Par conséquent, il s'avère nécessaire de protéger le micro-crédit par une assurance santé.

La micro-assurance santé est la formalisation de la solidarité traditionnelle, elle a une valeur communautaire et anticipative. L'articulation entre micro-assurance santé et micro-crédit est aujourd'hui novatrice, c'est pourquoi dans une perspective de faisabilité, il est nécessaire de déterminer les éléments qui favorisent la mise en place d'une micro-assurance de santé dans une structure de micro crédit. La micro-assurance santé est en réalité une forme de garantie pour le micro-crédit.

Source : BIT/STEP

Concernant le secteur agricole qui regroupe la majorité de la population active, le handicap majeur à surmonter réside dans la faiblesse des capacités contributives du monde paysan dont les revenus cycliques sont souvent compromis par les aléas climatiques ou les éruptions volcaniques. Pour surmonter cet obstacle majeur, il importe d'asseoir un système d'assurance maladie basée sur une mutualisation du risque qu'il va se traduire par un transfert de ressources sur une base communautaire. La mutualité pourrait également être conçue comme un mécanisme permettant d'éviter la suspension, la radiation ou l'auto exclusion de membres. La mutualité reconsidérée dans une perspective de lutte contre la pauvreté exige une plus grande implication et un appui plus conséquent de l'Etat qui pourrait tout aussi bien subventionner la

demande que l'offre de soins par le biais de la « *sécurité sociale villageoise* ».

A terme, l'objectif est d'assurer que la population active occupée et leurs ayants droits bénéficient d'un système d'assurance contre le risque maladie et/ou d'un système d'assistance contre le risque maladie, pour les personnes vulnérables : indigents absolus, personnes âgées, enfants en situation particulière, etc.

Le Plan d'actions à court et moyen terme devra être affiné par le Ministère de la Solidarité et le Ministère de la Santé. Ce plan devra permettre d'atteindre les résultats suivants :

- les populations et les prestataires de soins sont informés sur les enjeux de l'assurance maladie ;
- l'Etat et les collectivités locales appuient de manière effective le développement de l'assurance maladie en général et de la mutualité en particulier avec l'appui du BIT/STEP ;
- les capacités techniques et managériales des principaux acteurs sont renforcées ;
- la contractualisation entre l'offre publique et privée de soins et les différents régimes est effective grâce à l'intervention de l'Etat ;
- le cadre législatif et réglementaire des mutuelles de santé est défini.

Comme mesures spécifiques, pour les régimes contributifs volontaires, les actions à mettre en œuvre visent :

- a) à accroître l'adhésion des populations dans les mutuelles de santé à base communautaire dans toutes les régions du pays suivant le processus engagé par le CIDR et qui devront être appuyés par un programme spécifique du BIT/STEP ;
- b) à promouvoir la mise en place de mutuelles de santé dans les entreprises du secteur privé et à créer des mutuelles de santé à côté des mutuelles d'épargne et de crédit qui manifestent un intérêt croissant et qui, jusque là, n'ont pas reçu de réponse.

<b>Axe 2 : Groupes vulnérables : Extension de la couverture des risques de maladie et assistance sociale aux groupes vulnérables</b>
--

L'assistance sociale dans le domaine de la santé relève de la responsabilité de plusieurs organismes dont les actions ne sont pas coordonnées. A moyen terme, l'objectif est d'étendre sur l'ensemble du territoire national le dispositif d'assistance médicale des personnes les plus vulnérables qui ne disposent d'aucun revenu pour contribuer au système mutualiste. Plus spécifiquement, il s'agit :

- a) de rendre plus accessible et plus équitable l'octroi de l'assistance médicale, y compris l'évacuation sanitaire, à un plus grand nombre de personnes démunies pour sauvegarder leur dignité tout en évitant toute stigmatisation ;
- b) d'améliorer les modalités actuelles de ciblage et d'identification des bénéficiaires potentiels de l'assistance sociale en relation avec la Direction nationale de la Solidarité et

- les Service de la Statistique ;
- c) de faciliter l'accès aux médicaments essentiels des groupes très vulnérables ;
  - d) de permettre aux personnes atteintes d'affections lourdes et coûteuses, y compris le VIH/SIDA, d'accéder aux soins. Cette préoccupation est prise en compte dans le DSCRP mais uniquement pour les personnes atteintes de VIH/SIDA.

Le Plan d'action consistera à prendre des mesures en vue de :

- a) définir des mécanismes et des stratégies de prévention, pour éviter la résurgence de besoins d'assistance ;
- b) fixer les critères d'éligibilité ;
- c) systématiser les enquêtes avant l'octroi d'assistance ;
- d) œuvrer pour l'accroissement, la diversification et la pérennisation des mécanismes et des sources de financement ;
- e) publier officiellement les critères et les mécanismes d'assistance sociale par les autorités compétentes.

La protection sociale des groupes très vulnérables devra nécessairement passer par les étapes suivantes :

- l'organisation d'enquêtes spécifiques pour cibler les groupes vulnérables ;
- la redéfinition du concept de *filets de sécurité* mettant l'accent sur les indigents et les personnes handicapées, et
- l'élaboration d'une stratégie de promotion et d'intégration des personnes handicapées.

La réflexion sur la protection sociale comme problématique transversale du développement est relativement récente. En effet, les efforts dans ce domaine ont surtout été concentrés sur les programmes d'action sociale. Or, la protection sociale est un concept large qui couvre, la question plus générale de la réduction de la vulnérabilité.

En effet, le développement d'activités génératrices de revenus et d'emplois dans la sphère économique des pauvres devrait être une orientation majeure de la PNPS.

Cette orientation se justifie du fait que :

- Les pauvres ont des potentialités, mais ils sont pauvres précisément parce qu'ils ne peuvent tirer pleinement profit de leurs potentiel du fait de la faiblesse de leurs capacités et de l'absence de conditions propices, notamment le faible accès aux services essentiels (éducation, santé, habitat, assainissement, etc.) et la difficulté de bénéficier de services financiers adaptés.
- Les politiques d'accélération de la croissance ont généralement peu d'effets d'entraînement sur les zones pauvres. Elles doivent, donc, être suppléées par des politiques ciblées de réduction directe de la pauvreté, qui mettent en valeur les potentiels.

Les catégories cibles comprennent donc également des personnes qui ne sont pas nécessairement pauvres, mais dont le niveau de revenu ne permet pas de faire face à des situations exceptionnelles (accident, problèmes graves de santé, etc.) ou même à des situations prévisibles (retraite, 3ème âge, etc.).

Les principales stratégies qui seront développées dans le cadre de l'**action sociale** permettront d'assurer une meilleure prise en charge médicale et éducative des groupes vulnérables (handicapés, enfants en difficulté, femmes chefs de ménages, personnes âgées, etc.). Dans ce cadre, il s'agira notamment d'évaluer le cadre juridique s'il existe et/ou à défaut, l'orienter vers la promotion et la protection des droits de l'ensemble de ces groupes vulnérables.

Au titre des actions, il s'agira aussi de développer les infrastructures adaptées de manière plus équitable en permettant aux zones rurales d'en bénéficier.

Mais auparavant, il sera utile d'instaurer la coordination entre les différents secteurs intervenant dans l'action sociale en vue d'améliorer les capacités des services déconcentrés de l'action sociale, dans la mesure où la mise en place de *filets de sécurité* découle de la nécessité de proposer un traitement particulier aux personnes qui, pour des raisons liées à leur capacité physique ou mentale, basculent dans la précarité du fait des risques sociaux énumérés dans les problématiques.

### **Axe 3 : Gestion catastrophes (option)**

L'Union des Comores est en effet un pays prédisposé aux catastrophes. Des catastrophes dues aux cyclones, aux menaces du volcan *Karthala* et aux épidémies : telles sont les calamités connues par le peuple comorien depuis son indépendance en 1975, catastrophes qui ont eu un impact considérable sur les vies humaines, les moyens d'existence et l'économie.

Comme nous l'avons dit au début de cette quatrième partie, cet axe est placé en option dans la mesure où le champ de couverture de la protection sociale a été limité aux risques sociaux tels que définis par les normes de l'OIT.

Nous rappelons simplement, à toutes fins utiles, le fondement international de la démarche de prévention et de gestion des catastrophes. En effet, compte tenu des graves conséquences des catastrophes sur les personnes, les biens, l'environnement et l'effort de développement, des initiatives importantes ont été prises aux plans sous-régional, régional et international. Ces efforts visent, dans la nouvelle démarche de la Banque Mondiale, à favoriser l'intégration de la réduction des risques et catastrophes dans les politiques et programmes de développement durable, de bonne gouvernance et de lutte contre la pauvreté.

Au plan international, la prise de conscience des enjeux liés aux impacts des catastrophes sur la croissance et la pauvreté est marquée par le « *Plan d'actions de Johannesburg pour la mise en œuvre des résolutions du Sommet Mondial de 2002 pour le Développement Durable* » et le « *Cadre d'Action de Hyogo 2005 – 2015 pour des Nations et des collectivités plus résilientes face aux catastrophes* ».

Au niveau africain, une « *Stratégie Régionale Africaine de prévention des catastrophes* », dotée d'un plan d'action, a été adoptée en 2004. Par ailleurs, les OMD constituent également des engagements forts qui ne peuvent être respectés dans un contexte de récurrence des catastrophes.

Au demeurant, au niveau national, l'engagement de l'Etat comorien est marqué par le fait qu'à partir de 2003, de véritables crises sismiques avaient atteint leur paroxysme en août-septembre, annonçant une éruption volcanique imminente. C'est dans ce contexte que le Ministère de la Défense et de la Sûreté du Territoire Comorien avait sollicité l'établissement d'une Plate-forme nationale (SIPC) pour la prévention des catastrophes.

Un atelier national sur le « *Renforcement des capacités nationales en gestion des catastrophes et établissement de la Plateforme nationale de la SIPC* » a eu lieu en décembre 2003 à Moroni et avait recommandé pour l'essentiel :

- le parachèvement du nouveau cadre institutionnel ;
- l'introduction dans les programmes scolaires - dès le cycle primaire – de la sensibilisation aux catastrophes naturelles ;
- la participation active des autorités religieuses dans cette sensibilisation ;
- le recours aux Nouvelles technologies de l'information et de la communication ;
- l'identification des potentialités locales et le renforcement des capacités de prévention, d'accueil et de prise en charge ;
- l'optimisation des missions de l'armée en la mettant à la disposition de la sécurité civile.

Ce travail pourrait être complété par un *Conseil national de gestion des catastrophes naturelles* qui serait mis en place pour coordonner les actions des structures locales de médecins, secouristes, d'aide aux victimes, etc.

A titre indicatif, nous rappelons que Madagascar avait mis en place, en l'espace d'une seule année (en 2003), une *Stratégie nationale de gestion des risques de catastrophe*, une *Loi sur la gestion des catastrophes*, un *Plan national de gestion des risques de catastrophe* et une *Plate-forme nationale ONU/SIPC*. A noter également que Madagascar est l'un des premiers pays africains à avoir intégré la gestion des risques de catastrophe dans son DSRP.

Au cours de la mission, aucune discussion n'a été menée sur l'opportunité d'intégrer au projet de PNPS les mécanismes de lutte contre les risques de catastrophes.

## CHAPITRE 2

### LES PROPOSITIONS D'INDICATEURS

#### 4.4 Quels sont les enjeux et les objectifs de la construction d'une liste restreinte d'indicateurs de protection sociale dans le cadre du suivi du DSCR ?

Si la gestion des politiques par les résultats, introduite par les DSRP, constitue une opportunité pour placer la protection sociale au cœur des politiques de lutte contre la pauvreté, encore faut-il au préalable disposer d'instruments adéquats de traduction de ces objectifs et de mesures des progrès par des indicateurs pertinents, consensuels, fiables et disponibles.

#### **Encadré n 9: Les indicateurs, outil de dialogue et de concertation**

Le recours aux indicateurs n'est pas une finalité en soi ou une démarche isolée des enjeux de lutte contre la pauvreté. Il ne peut donc être conçu comme un simple exercice technique pour statisticiens et experts pour leur permettre d'observer, de comparer et de formuler des jugements.

Les indicateurs ont pris avec les ODM et les DSRP *une fonction d'outil de dialogue et de concertation* sur les politiques, une pédagogie de définition consensuelle mais concrète d'objectifs et de cibles annuelles sur lesquels les gouvernements, le secteur privé, les organisations de la société civile (y compris les syndicats) et les partenaires au développement s'engagent en connaissance de cause.

*Un accord sur des indicateurs est un contrat sur des résultats* mais devra permettre de donner corps aux engagements contenus dans la PNPS. Ce qui fait de la question des indicateurs un enjeu stratégique d'autant plus que les réformes introduites par les DSRP tendent à privilégier l'aide budgétaire dans le cadre des financements extérieurs. Dans cette dynamique, les indicateurs pourront servir de référence pour les interventions des bailleurs de fonds et deviendraient des « déclencheurs des décaissements ».

Source : **Jean-Victor Gruat/ Réforme des pensions, pertinence et principes de la sécurité sociale/**Organisation de Coopération et de Développement Economiques/ Document de travail/ AWP 3.1F

L'on mesure ainsi l'intérêt de disposer d'indicateurs pertinents, disponibles à temps, facile à calculer, sans équivoque sur les points sur lesquels le gouvernement peut s'engager. **Ces indicateurs ne peuvent être seulement des indicateurs de performance des institutions de sécurité sociale mais devraient porter davantage sur les impacts attendus, les réalisations intermédiaires pour atteindre ces impacts et enfin, sur les moyens budgétaires à solliciter.**

Aux Comores comme dans d'autres pays africains, le défaut d'élaboration d'un « *budget social de la nation* » qui rend transparent les efforts consentis pour réduire la vulnérabilité des travailleurs et des couches vulnérables en cas de survenance de risques sociaux occulte l'importance des ressources mobilisées dans le domaine de la protection sociale.

L'essentiel de nos propositions reposent sur une étude<sup>20</sup> menée par le BIT au niveau de quelques pays africains qui ont pu dégager, par consensus, une liste indicative d'indicateurs et de sous-indicateurs. Les propositions se fondent aussi, pour les indicateurs macroéconomiques, sur la *nouvelle approche de la sécurité sociale fondée sur le développement* préconisé par l'OIT. Il reviendra aux autorités de faire les choix à l'issu des concertations avec les partenaires sociaux.

Il convient de rappeler qu'un indicateur a pour objet de mesurer dans le temps les progrès réalisés vers la réussite d'un objectif. C'est pourquoi, le préalable est la définition d'objectifs pour chaque catégorie de groupe vulnérable et/ou susceptible de basculer dans la pauvreté. Un bon indicateur, qui permet de mesurer les progrès vers ces objectifs, doit présenter les caractéristiques suivantes :

- il doit fournir une mesure directe et non ambiguë des progrès réalisés ;
- il doit être pertinent ;
- il doit résister aux options politiques et ne pas être manipulable ;
- il doit être réaliste pour être effectivement disponible régulièrement, sans coût excessif.

Il est important de faire deux remarques avant de présenter les indicateurs proposés :

- les indicateurs de suivi de la mise en œuvre du DSRP, tel qu'ils figurent en Annexe 4, notamment en ce qui concerne les indicateurs de contexte (santé, logement éducation, etc.), sont tous à conserver. Les indicateurs proposés ci-après viennent simplement les compléter pour obtenir une meilleure grille de lecture de la *pauvreté versus protection sociale* ;
- le travail, à ce stade, ne peut être qu'indicatif pour dégager des pistes de réflexion. Une seconde étape devrait s'ouvrir pour l'adoption d'une liste restreinte parmi les indicateurs proposés. Il appartiendra aux statisticiens et à la Délégation Générale du Plan de formuler, tester et valider les indicateurs retenus avant leur usage, tant pour les indicateurs par branche de risque que pour les indicateurs macro économiques et de moyens.

---

<sup>20</sup> BIT/ *Etude sur les indicateurs de suivi et d'évaluation de la protection sociale dans le cadre de la lutte contre la pauvreté* – C. Fall et I. Dia - 2004

## 4.5 Quels sont les différentes catégories d'indicateurs proposés

### 4.5.1 Les indicateurs macro économiques généraux de la couverture sociale

#### *a. Indicateurs budgétaires de politique de protection sociale*

Plusieurs indicateurs peuvent être proposés parmi lesquels :

1. *Dépenses sociales publiques/PIB* : représentent les dépenses sociales en termes de pourcentage des dépenses publiques totales et par fonction.
2. *Pourcentage du budget national alloué aux programmes de protection sociale.*
3. *Contribution des revenus de la sécurité sociale* (ou ressources des systèmes de protection sociale) en termes de pourcentage du PIB.

#### *b. Les indicateurs d'impact de la politique de protection sociale*

1. *Taux de couverture générale de protection sociale* : correspond au ratio de la population totale bénéficiaire de protection sociale, par branche de couverture et par secteur d'activité économique.
2. *Nombre de structure de protection sociales privées et/ou communautaires créées* sur la période de référence.

#### *c. Indicateurs de performance des organismes et institutions de protection sociale*

1. *Coefficient de charges techniques* : correspond au pourcentage des ressources consacrées au paiement ou à la prise en charge des prestations.

Au stade actuel de développement de la protection sociale au Comores, nous proposons seulement les deux indicateurs suivants qui sont des indicateurs globaux :

- Indicateur 1 : *Part des dépenses de protection sociale dans le PIB* ;
- Indicateur 2 : *Taux de couverture de la population active par un dispositif de protection sociale.*

Cette restriction obéit au principe de la limitation du nombre d'indicateurs et à l'objectif de voir ces indicateurs ajoutés à la liste des indicateurs nationaux annexée au DSCR, que nous avons joint en Annexe.

- Ainsi, avec *l'indicateur 1*, l'urgence de relever le niveau des prestations pourrait être justifié par l'analyse comparative des parts qu'occupent les dépenses de sécurité sociale dans le Produit Intérieur Brut.

**Encadré n°10 - Un indicateur de suivi efficace : la part des dépenses de protection sociale dans le PIB**

A titre indicatif, les dépenses de protection sociales exprimées en pourcentage du PIB se situent à une moyenne mondiale de 14,5 %.

Il est de 24,8 % en Europe alors qu'il peine à dépasser 2 % dans les pays pauvres.

Si cet indicateur est retenu dans la liste des indicateurs du DSCR des Comores, les efforts consentis chaque année à travers le système de protection sociale seraient visibles.

Si une telle option d'évaluation était retenue, cet indicateur peut aussi permettre de déclencher un processus de collecte de l'ensemble des dépenses consenties, de façon disparate, par divers acteurs.

- *Avec l'indicateur 2*, le taux de progression de la couverture peut être visible car en fait, l'objectif de réduction de moitié de la pauvreté aux Comores d'ici 2015 s'accommode mal avec le maintien d'un système de protection sociale à faible impact qui, non seulement assure une couverture très insuffisante aux salariés, mais exclut la part la plus large de la population.

Le référentiel préconisé par *l'approche de la sécurité sociale fondée sur le développement* de l'OIT correspond exactement à l'indicateur 1. Il présente l'avantage d'introduire plusieurs fourchettes de mesure de la sécurité sociale à différents stades du développement économique. Pour les pays à faible revenu, dont le PNB par habitant en 2005 était inférieur à US\$ 900, la fourchette se présente comme suit :

**Tableau n° 2 : Indicateur de la protection sociale suivant l'approche de la Sécurité sociale fondée sur le développement de l'OIT**

Pays à faible revenu	PNB par habitant (2005) inférieur à US Dollars 900			Fourchette possible pour les dépenses sociales publiques, en % du PNB
	Enfants/adolescents	Population en âge de travailler	Vieillesse	Total 7-12
Accès aux soins de santé	Accès universel basé sur des structures de financement international ; possibilité de sous-systèmes pour les secteurs formel et informel			
Accès à l'éducation / à la formation	Accès universel, grâce à des transferts en espèces	Accès aux services de l'emploi		
Sécurité de revenu	Prestations pour orphelins ; prestation pour enfants/prestations familiales, universelles ou sous condition de fréquentation scolaire	Protection de la maternité ; prestations universelles d'invalidité et de survivants ; programmes publics auto ciblés en faveur de l'emploi, avec des transferts en espèces ciblés si cela est faisable	Pensions de base universelles avec financement national et international ; assurance sociale complémentaire pour le secteur formel (si possible)	

#### **4.5.2 Les sous indicateurs proposés par branche de risques sociaux**

Les sous indicateurs constituent des référentiels internes pour les Départements ministériels concernés par la mise en œuvre de la PNPS. Ils n'ont pas pour objet d'être intégrés dans la liste des indicateurs du DSCR.

##### **a. La retraite**

L'âge de référence est l'âge actuel de départ à la retraite fixé par la Caisse de Retraite des Comores qui est le seul organisme gestionnaire de cette branche. Cet âge de référence peut naturellement varier.

1. *Population de plus de 58 ans couverte par un régime de protection sociale.*
2. *Accès des personnes de plus de 58 ans aux services de santé.*
3. *Pourcentage de population âgée de plus de 58 ans en activité.*

##### **b. Les accidents du travail et des maladies professionnelles :**

1. *Le taux d'entreprises (PME, ONG, Projets) immatriculées disposant pour les salariés d'une assurance contre les lésions professionnelles, l'interruption de services et l'intégrité physique.*
2. *Nombre d'adhérents à l'assurance contre les lésions professionnelles, l'interruption de services et l'intégrité physique.*

##### **c. Les prestations aux familles**

Les indicateurs proposés pour cette branche ne seront pertinents que si cette branche est instituée à nouveau pour les salariés et/ou mise en place pour certains groupes vulnérables. Ils concernent d'une part les prestations liées à l'emploi et, d'autre part les allocations versées au titre de l'assistance publique.

1. *Montant total des allocations familiales distribuées par les institutions de sécurité sociale.*
2. *Pourcentage des entreprises immatriculées (et /ou de travailleurs) disposant de régimes de prestations familiales.*
3. *Pourcentage du budget national affecté aux programmes d'allocations familiales pour les groupes vulnérables.*

##### **d. Les prestations d'invalidité**

1. *Nombre de personnes prises en charge par une assurance contre l'invalidité et les services de réadaptation fonctionnelle.*
2. *Pourcentage du budget de l'Etat et des organismes de sécurité sociale alloué aux invalides et aux services de réadaptation fonctionnelle.*

#### e. Les prestations de survivants

1. *Nombre de ménages couverts en cas de décès du soutien de famille* sur le nombre total de ménages.
2. *Niveau de couverture des prestations par rapport au gain antérieur.*

#### 4.6 Le plan de mise en œuvre d'un dispositif de suivi des indicateurs

Comme dans de nombreux pays, la mise en place des indicateurs proposés se ferait en plusieurs phases sous l'égide des services nationaux chargés de la Statistique et du *Commissariat Général au Plan*.

Il s'agira de procéder :

- 1) à la validation de la liste de base selon des critères de pertinence et de faisabilité technique;
- 2) à la définition d'un référentiel statistique de la protection sociale: qui consiste à opérer un choix sur les informations quantitatives désirées, leur définition précise, l'adoption d'une méthode homogène de collecte et de traitement des grandeurs retenues, etc... ;
- 3) au choix d'une liste restreinte sur la base de cette liste globale : des échanges seront engagés entre les différentes parties prenantes pour retenir les indicateurs les plus significatifs dans le but le but d'évaluer les progrès réalisés dans le domaine de la protection sociale dans une optique de réduction de la pauvreté.

Enfin, la mise en place de cette démarche nécessite que soient remplies deux conditions :

- l'instauration d'une *comptabilité nationale de la protection sociale* avec un bilan de la protection sociale pour centraliser toutes les données relatives aux politiques et programmes de protection sociale exécutés. Ceci permettra de mieux rendre compte de l'*effort social de la nation* ;
- la systématisation des enquêtes qualitatives (enquêtes d'opinion et de perception) : en effet, l'appréciation des progrès de la protection sociale ne peut se faire sans prise en compte de l'avis des acteurs concernés sur les résultats et sur les impacts afin d'en apprécier la qualité.

## Fiche technique n° 1

-----  
**Draft**

### **PROCESSUS DE PREPARATION DE LA PNPS ET D'INTEGRATION DE LA PROTECTION SOCIALE DANS LE DSRP**

#### **1) Le processus de la préparation de la PNPS**

##### **1. Renforcement du processus participatif**

- **Phase 1** : ateliers thématiques avec les acteurs tripartites : Etat/ employeurs/ travailleurs (réalisé au cours de la mission de cadrage)
- **Phase 2** : restitution/ validation de la version provisoire de la PNPS

1. **concertations décentralisées** : ateliers de restitution de l'avant projet de PNPS dans les Iles
2. **concertation au niveau national** : atelier national de restitution/ validation de l'avant projet de PNPS

➤ **validation de la PNPS (version provisoire)**

##### **2. Point de décision avec les Bailleurs de fonds**

Phase 1 : réunion technique d'information avec les bailleurs de fonds

Phase 2 : travaux techniques avec les responsables sectoriels et les partenaires sociaux

➤ **validation de la PNPS (version définitive)**

#### **2) Le processus d'intégration de la protection sociale dans le DSRP :**

##### **- Constat :**

Le domaine de la protection sociale n'a pas été considéré ni dans le DSCRIP intérimaire ni dans le DSCRIP révisé.

Le domaine de la protection sociale s'avère une notion nouvelle dans le programme de développement du pays.

- **Actions préalables :**

**Phase 1 : Discussions avec les responsables du BIT** (Genève/Tanananarive) : intégration de la nouvelle vision de la protection sociale basée sur l'approche développement de l'OIT et le nouveau cadre théorique de la gestion du risque social et de la vulnérabilité de la BM.

**Phase 2 : Atelier national de formation et de validation** : initiation aux différents concepts de Protection Sociale et des instruments de gestion des risques en vue d'intégrer la Politique Nationale de Protection Sociale dans la stratégie de lutte contre la pauvreté.

**Phase 3 : Constitution d'une équipe technique nationale** : Composée de représentants des employeurs du secteur privé, des syndicats de travailleurs, de la société civile, et des ministères de tutelle. Ce groupe sera chargée de valider l'état des lieux, le diagnostic des risques et de la vulnérabilité, d'évaluer les impacts des programmes et de superviser la formulation de la version définitive de Politique Nationale de Protection Sociale.

- **Les objectifs** sont d'identifier, sur la base du rapport de la mission de cadrage :
  - les risques existants ;
  - les groupes qui sont vulnérables à ces risques ;
  - les programmes déjà mis en en place ;
  - les résultats de ces programmes ;
  - les actions à entreprendre pour mieux satisfaire les besoins en matière de protection sociale.

L'équipe technique nationale devra proposer des solutions pour palier les faiblesses:

- le manque de coordination ;
- l'insuffisance d'indicateurs ;
- le défaut de mise en priorité définitive des actions et programmes ;
- les interventions de l'Etat qui ne sont que des mesures d'atténuation ;
- les insuffisances d'impacts durables des programmes d'atténuation.

▪ **Etapes futures :**

**1. Elaboration du projet de Politique nationale de protection sociale**

**2. Atelier final d'adoption** de la Politique Nationale de Protection sociale à soumettre au Gouvernement et/ou au Parlement des Iles et de l'Union ;

**3. Intégration de la Protection Sociale dans le DSRP** en rapport avec le Commissariat au Plan :

- amélioration de l'analyse des risques, de la vulnérabilité et des écarts dans la couverture ;
- intégration des actions en matière de protection sociale dans le plan d'actions du prochain DSRP avec les prévisions de budget ;

**4- Mise en place de la structure de coordination** de la Politique Nationale de Protection Sociale.

## Fiche technique n° 2

-----  
**Draft Termes de Référence**  
-----

### **Atelier technique tripartite sur l'élaboration de la Politique Nationale de Protection Sociale**

#### 1. Contexte

---

Le gouvernement de l'Union des Comores a élaboré en 2005 un Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté/révisé (DSCR), cadre de référence en matière de politique économique et de lutte contre la pauvreté qui vise sur l'horizon 2015, à réduire la pauvreté de moitié aux Comores, conformément aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Le diagnostic fait durant la mission de cadrage en vue de la définition d'une Politique Nationale de Protection Sociale sur les causes et déterminants de la pauvreté a mis en évidence la faiblesse, voire l'absence de protection sociale et de mécanismes de gestion des risques comme un des facteurs de basculement des ménages dans la pauvreté. Les risques de basculement dans la pauvreté sont liés aux facteurs de vulnérabilité qui sont à la fois environnementaux, naturels, sociaux et même parfois politiques. Ils concernent toutes les catégories sociales mais prennent une dimension particulière pour les catégories les plus vulnérables de la population.

C'est pourquoi les autorités des Comores ont décidé de mettre l'accent sur la nécessité de mener des concertations élargies avec les partenaires sociaux et les partenaires au développement en vue de faire de la protection des groupes vulnérables un des axes de sa stratégie de lutte contre la pauvreté, à côté des investissements dans l'accès aux services sociaux de base et dans la création de richesses pour assurer un développement durable.

La revue de la situation de protection sociale et de la gestion des risques aux Comores montre l'existence de dispositifs formels de protection sociale basés uniquement sur la couverture des fonctionnaires en cas de retraite et, pour les autres salariés du secteur privé, par une couverture en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle.

Ainsi, la grande majorité de la population, notamment les travailleurs du secteur informel et du secteur rural, les catégories sociales vulnérables n'est pas couverte en cas de charge supplémentaires ou en cas de perte de revenus consécutives à la maladie, à la vieillesse, à l'invalidité, au décès du soutien de famille, etc.

Pour faire face à ces défis, diverses initiatives sectorielles sont en cours au niveau des ministères de la Fonction Publique et du Travail, celui de la Santé, celui de la Solidarité Nationale, les ONGs tels que le CIDR, le secteur privé et les institutions de micro finance, avec

l'appui des partenaires au développement, pour l'élaboration de stratégies ou programmes spécifiques.

Toutefois, ces initiatives et réflexions sont le plus souvent insuffisamment coordonnées ou insuffisamment participatifs, d'où le sentiment d'incertitude alimente l'inquiétude face à l'avenir dans les milieux professionnels.

C'est donc pour harmoniser toutes ces initiatives que le gouvernement des Comores a décidé d'élaborer une Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) multisectorielle et concertée.

L'objectif principal de la PNPS est l'adoption d'une vision politique globale et intégrée de protection sociale qui permettra d'augmenter l'accès aux instruments de gestion des risques chez les salariés et leurs familles, et chez les groupes vulnérables les plus pauvres mais également chez les autres catégories sociales à risques.

La mise en œuvre des programmes issus de cette PNPS permettra d'accroître les capacités d'accès des groupes vulnérables aux services sociaux de base ainsi qu'aux opportunités économiques, de manière équitable et durable.

Dans le cadre de ce processus, il sera mis en place un comité de pilotage coprésidé par le ministère en charge du Travail et le ministère en charge de la Solidarité nationale et comprenant :

- les représentants des ministères concernés, en particulier le Ministère des Finances et le Ministère de la Santé,
- les partenaires sociaux représentés par les organisations patronales et les organisations syndicales ;
- les acteurs du secteur privé et de la société civile, etc.

Le comité de pilotage, sous la supervision des services d'appui du BIT, va élaborer un canevas de travail en vue d'organiser les concertations utiles devant aboutir à la rédaction du document de Politique Nationale de Protection sociale, sur la base des propositions contenues dans le rapport de l'expert du BIT qui devra servir de base pour l'élaboration des contributions.

## **2. Objectifs de l'atelier**

Ainsi l'objectif global de l'atelier est de partager avec tous les acteurs concernés et de valider le projet de document de Politique suivant un processus participatif tripartite.

Spécifiquement, il s'agira à travers cet atelier de :

- ✓ Présenter le pré rapport de la PNPS ;
- ✓ Présenter les travaux sectoriels en cours au niveau des ministères du travail, de la solidarité, de la santé, etc ;
- ✓ démarrer les travaux des groupes thématiques qui permettront notamment d'évaluer les actions des partenaires tels que l'UNICEF, le CIDR, etc.

### **3. Résultats attendus**

Les résultats suivants sont attendus :

- le pré rapport est présenté et partagé ;
- les travaux de groupes thématiques ont démarré pour l'approfondissement de l'analyse ;
- le plan de rédaction de la PNPS est approuvé et affiné ;
- les besoins d'information ainsi que les sources d'information sont identifiés.

### **4. Déroulement**

L'atelier se déroulera ..... ..et regroupera environ .....participants représentant les services techniques concernés, les organisations de la société civile, les organisations professionnelles et les partenaires au développement. Les travaux comprendront des séances en plénière et des ateliers thématiques

## Fiche technique n°3

-----  
**Draft**  
-----

### **Document de projet d'appui pour l'extension de la Sécurité Sociale des travailleurs salariés (mise à jour)**

Introduction d'un régime d'assurance maternité, maladie, risques professionnels, vieillesse, invalidité, survivants.

Durée totale : 24 mois

Financement : PNUD/BIT

Montant : à déterminer

Secteur et Sous-secteur : (classement du gouvernement)

Organismes d'exécution du gouvernement : Ministère de la FOB, du Travail et des Finances/ Ministère de la Solidarité/ /CRC/Caisse de Prévoyance Sociale

Agence d'exécution : Bureau international du Travail

Date estimée de début : SEPTEMBRE 2007

Apport du gouvernement : en nature

#### **Description sommaire**

Le projet s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Protection Sociale qu'entend instaurer l'Union des Comores.

Le projet vise un triple objectif :

- d'un régime d'assurance vieillesse, invalidité, survivants et d'un régime de protection de la maternité, au profit des salariés secteur privé et de leurs familles ;
- d'une branche de protection contre les Accidents de Travail et les Maladies Professionnelles au profit des agents de l'Etat ;
- d'un système d'assurance maladie au profit des travailleurs des secteurs public et privé ;
- d'une promotion de la micro assurance santé communautaire au profit des populations non salariées, y compris par le couplage micro crédit/micro assurance par le biais des institutions de micro-finance avec l'appui du programme STEP/BIT.

## **1 Contexte**

### **1. Description du secteur de la Sécurité Sociale**

La première loi de sécurité sociale en Union des Comores remonte à 1956, date à laquelle fut fondée la Caisse territoriale de compensation des prestations familiales des Comores, chargée de gérer un régime de prestations familiales au bénéfice des salariés exerçant leur activité sur le territoire de ce pays.

En 1974, cette institution se voyait confier la gestion du régime des accidents du travail et maladies professionnelles et prenait la dénomination de Caisse de prévoyance sociale. Cette dénomination montrait clairement que le gouvernement entendait adjoindre, au fur et à mesure que les circonstances le permettraient, d'autres branches à celles déjà existantes dans la perspective d'un régime complet de sécurité sociale.

En 1976, la Caisse de prévoyance sociale devait suspendre ses activités pour ne les reprendre qu'en 1981, en les limitant à la seule branche des accidents du travail et des maladies professionnelles. Depuis cette date, aucune mesure modifiant la législation de sécurité sociale n'a été prise.

A l'heure actuelle, l'on constate que le dispositif de prévoyance sociale est quasi inexistant et n'a pas d'impact sur la protection des salariés et des non salariés.

Le gouvernement a toujours estimé qu'une relance de la politique de sécurité sociale était indispensable et qu'elle devrait se traduire par une extension graduelle des prestations sociales. Dans cette perspective figure l'introduction d'un système d'assurance obligatoire. Pour l'assister dans la réalisation de ces réformes, le gouvernement souhaite bénéficier de la coopération technique internationale.

#### **1.1 Stratégie nationale**

Le gouvernement a conscience des lacunes persistantes du régime de prévoyance sociale. Indépendamment de la poursuite d'objectifs sociaux au travers du renforcement de ce régime, il souhaite également, par le biais de l'adoption d'une Politique Nationale de Protection Sociale, lutter contre la pauvreté et donner une nouvelle impulsion au processus de développement de l'économie. La mise en place des branches « maternité », « maladie », « invalidité », « retraite » et « survivants » constitue d'ailleurs une des préoccupations prioritaires des partenaires sociaux que sont les organisations patronales et les organisations syndicales.

#### **1.2 Assistance antérieure**

Il convient de relever que, le gouvernement de l'Union des Comores a bénéficié de l'assistance technique du BIT en 1999 et en 2001. Or, les recommandations fort pertinentes de ces experts n'ont jusque là pas été mises en œuvre, faute d'un mécanisme d'encadrement pluridisciplinaire durable. Cette situation explique pour une part importante les faiblesses et les lacunes persistantes du système de prévoyance sociale. Les besoins les plus urgents en matière de

pension et de maternité avaient d'ailleurs été soulignés en mars 1985, par le Conseiller régional en sécurité sociale du BIT pour les pays francophones d'Afrique.

### **1.3 Contexte institutionnel**

Le projet sera conduit dans le cadre des activités du Ministère en charge de la Sécurité sociale qui est actuellement le Ministre des Finances, de la FOB et du Travail, le Ministre de la Fonction publique et de l'Emploi qui assure la tutelle technique de la CRC et le Ministère en charge de la Solidarité qui est le chargé de la Caisse de prévoyance sociale et de la CRC.

## **2. Justification**

### **2.1 Situation actuelle**

Comme rappelé en introduction, le régime des travailleurs du secteur privé se limite à la couverture des risques professionnels et le régime des agents de l'Etat ne couvre que la retraite.

Ainsi, le système demeure très embryonnaire. Le pays figure parmi les rares au monde où aucune mesure de protection en cas de maternité et de vieillesse n'est prise dans le cadre de la sécurité sociale. En outre, la persistance d'un tel décalage entre la réalité du système comorien de sécurité sociale et les aspirations légitimes des salariés et des employeurs risque, à terme, de constituer un facteur d'accentuation de la pauvreté et de l'exclusion sociale, vecteurs de troubles sociaux et des disparités entre les différents groupes de la population active.

### **1.2 Situation prévue à l'issue du projet**

A l'issue du projet, le gouvernement devrait disposer de textes législatifs et réglementaires régissant l'introduction d'un régime d'assurance pensions, invalidité, survivant, d'un régime d'assurance maternité pour les travailleurs salariés régis par le Code du Travail et des textes régissant l'assurance couvre les risques professionnels au profit des agents de l'Etat. Il disposera aussi d'une évaluation actuarielle permettant de fixer les paramètres techniques des taux de cotisation, le niveau des prestations selon un système de financement conseillé. En outre, le gouvernement disposera du cadre institutionnel et des recommandations détaillées sur les modalités pratiques de mise en œuvre des réformes (immatriculation des salariés et des employeurs, recouvrement des cotisations, organisation administrative, vérification des droits et des prestations, plan de formation du personnel, politique d'investissement des fonds, etc.).

### **1.3 Populations cibles**

Les bénéficiaires directs du projet seront d'une part les travailleurs salariés du secteur privé et du secteur public et leurs familles et d'autres part les travailleurs non salariés urbains et ruraux. Il convient de noter que l'intervention du BIT/STEP serait un complément indispensable à l'appui de l'Union Européenne qui finance, à travers le CIDR, les initiatives actuelles. Mais ces actions sont jugées très insuffisantes du par rapport à l'étendue de la demande et surtout par rapport aux cibles. Les entreprises bénéficieront également des apports du projet par l'amélioration du climat social et l'accroissement du niveau de productivité du facteur travail. Il en résultera une stabilisation de la main-d'œuvre enfin capable de bénéficier de nouvelles prestations sociales. Indirectement, le projet bénéficiera à l'ensemble de l'économie par ses effets

immédiats, la mobilisation de l'épargne et sur la lutte contre la pauvreté de par la fonction de redistribution de la sécurité sociale.

### **3. Stratégie de mise en œuvre**

Le BIT a capitalisé une expérience considérable dans la mise en place et dans l'extension de régime de sécurité sociale. Cette expertise pourra valablement être mise à profit dans le cadre des objectifs déclinés aussi bien au profit des populations non salariés à travers son programme STEP (Stratégie de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale).

#### **3-1 Raisons du recours à l'assistance internationale**

Le domaine social est l'un des domaines les plus sensibles où aucun échec n'est admis. L'assistance internationale dans la conception et la mise en œuvre d'une telle réforme se justifie du fait des enjeux politiques, économique et sociaux et de par la vaste expérience du BIT dans ce domaine.

#### **3-2 Considérations particulières**

Un des aspects du projet vise la mise en place d'une assurance maternité au profit des femmes salariées. Du point de vue des prestations en espèces, la mutualisation du risque par l'assurance maternité permet de réduire les charges des entreprises qui supportent seules et en totalité le coût de l'indemnisation durant toute la période de congé de maternité. Or, il est reconnu que la mise en place d'une branche assurance-maternité réduit les discriminations à l'embauche dont sont victimes les femmes.

Pour les prestations en nature, elles pourraient être instaurées ultérieurement bien que l'expérience montre que la mise en place d'un tel régime est un facteur de diminution de la mortalité maternelle et infantile qui demeure élevé aux Comores.

#### **3.3 Coordination interne**

Le projet devra s'intégrer parfaitement dans les efforts de lutte contre la pauvreté défini par le gouvernement avec l'appui de la communauté des bailleurs de fonds qui vont dorénavant centraliser leurs actions au niveau de la Politique Nationale de Protection Sociale. Ce document de référence vise précisément l'extension du champ d'application matériel et personnel de la Sécurité Sociale.

### **IV Objectifs de développement**

L'objectif de développement principal poursuivi par le projet est de contribuer, par le biais de mécanismes adaptés de protection sociale, à éradiquer les risques de basculement dans la pauvreté et à prévenir les phénomènes de résurgence. Toutes conditions qui sont indispensables au maintien du taux de croissance, dans un contexte de stabilité et de justice sociale.

## **4.1 Objectifs immédiats**

### **4.1.1 Cadrage des orientations de base**

Mise en place du cadre juridique et institutionnel d'un régime de retraite, d'invalidité et de survivants, d'une branche des prestations familiales, d'une branche maternité et veuvage au profit des salariés des secteurs privés et publics qui soit adapté aux réalités nationales, aux besoins prioritaires mais qui réponde aux critères de viabilité.

Il sera mis en place un cadre juridique pour l'instauration d'une branche de couverture des risques professionnels au profit des agents de l'Etat.

Enfin, il sera mis en place un dispositif incitatif pour le développement de la micro assurance santé au profit des salariés et des non salariés, en particulier par le biais de la sécurité sociale villageoise et des institutions de micro finance.

Le rapport de la mission de cadrage contient déjà les recommandations quant aux grandes options qui pourraient être retenues en matière de couverture du risque retraite / invalidité / survivants, et de couverture en cas de maternité. La couverture financière en cas de *congé de veuvage* pourrait être intégrée à l'étude actuarielle préconisée.

C'est pourquoi, pour finaliser les travaux, le gouvernement aura besoin de la présence d'un actuaire pour déterminer les paramètres techniques de chacun des régimes à instaurer ou à réformer

### **4.1.2 Elaboration des projets de textes**

Elaboration des projets de textes législatifs et réglementaires requis pour la mise en place des nouveaux régimes, à partir des options retenues par le gouvernement au vu des conclusions de l'atelier national de validation de la *PNPS*.

La réalisation de cette composante du projet requiert le concours d'un expert en sécurité sociale qui travaillera en liaison avec les techniciens nationaux compétents des différents secteurs intéressés. Les projets de textes seront soumis à l'avis des partenaires sociaux et à l'approbation des autorités nationales compétentes.

### **4.1.3 Formation et sensibilisation**

Formation du personnel en place du personnel à recruter sur les dispositions législatives et réglementaires retenues en matière d'assurance vieillesse, invalidité, survivants, maternité, risques professionnels et micro assurance santé.

Au cours d'une période à définir, des experts en sécurité sociale animeront des ateliers de formation au profit des responsables et des techniciens appelés à gérer les nouveaux régimes et les personnels de la Direction Générale du Travail et des personnels du Ministère des ateliers de sensibilisation à l'intention des partenaires sociaux, des services du personnel des entreprises et des représentants des assurés sociaux seront également organisés. Cette formation sera complétée par l'octroi de bourses d'études pour les cadres moyens et supérieurs au niveau du Centre de Formation de l'OIT à Turin, et au niveau d'autres structures francophones de formations.

## **V Analyse actuarielle et financière des régimes de sécurité sociale**

### **5.1 Objectifs**

L'objectif immédiat est de mettre à la disposition du gouvernement, l'ensemble des éléments qui permettront de prendre une décision sur les paramètres techniques des différentes branches de sécurité sociale à mettre en place.

### **5.2 Résultats attendus**

Il est attendu la production d'un document de synthèse comportant :

- les recommandations sur les systèmes de financement applicable à chaque branche au regard des résultats des analyses actuarielles ;
- les recommandations concernant les taux et les plafonds de cotisations et les niveaux de prestations pour chaque branche ;
- les projections financières quant à l'évolution future des régimes
- les orientations générales devant permettre la poursuite de la collecte des données statistiques nécessaires au renouvellement périodique des analyses actuarielles.

### **5.3 Activités**

Pour mener à bien cette composante du projet, le gouvernement aura besoin du concours d'un actuare pour une durée à déterminer. Au niveau de la Caisse de Prévoyance Sociale, la collecte des données statistiques requises risque d'être difficile en raison de l'instabilité directionnelle et géographique.

Sur la base des indications fournies à cet effet par les experts, les organismes gestionnaires devront :

- organiser la collecte des données, analyser les données disponibles, vérifier leur fiabilité ;
- formuler des recommandations sur l'organisation financière la mieux adaptée pour chaque branche et préparer les estimations actuarielles;
- préparer les éléments de rapport financier et actuariel où seront consignés les résultats de l'analyse.
- soumettre au Gouvernement le rapport et les amendements éventuels.

## **VI. Organisation administrative des régimes nouveaux d'assurance retraite, invalidité, survivants, maternité et risques professionnels**

L'objectif immédiat est de mettre en place des structures, les systèmes d'information et les procédures administratives efficaces pour le démarrage et la mise en place effectifs des nouveaux régimes. Pour la micro-assurance santé, un dispositif spécifique de promotion, d'assistance à l'implantation et de vulgarisation. L'opportunité de poursuivre l'aide internationale en matière d'organisation devra être appréciée à l'issue du projet.

## **6.1 Définition du Système d'information et des procédures**

Les résultats attendus sont la production d'un *schéma directeur informatique* et un *manuel de procédures* de toutes les applications techniques, comptables et administratives des organismes gestionnaires. La détermination des procédures, la conception des fichiers et documents de liaison internes et externes devra être effectuée.

### **6.1.1 Activités**

Pour mener à bien cette composante du projet, le gouvernement aura besoin d'une équipe d'ingénieurs informaticiens et d'un expert en organisation chargé notamment :

- d'élaborer le nouveau *schéma directeur du système d'information* des organismes gestionnaires ;
- d'élaborer les règles de procédure requises en ce qui concerne l'immatriculation des assurés, la vérification des droits, le service des prestations, etc. ;
- d'ajuster les procédures de recouvrement, de comptabilité, de gestion du personnel, de contrôle des employeurs, etc., pour tenir compte de l'introduction des nouveaux régimes ;
- de concevoir et/ou d'actualiser l'ensemble des imprimés requis pour la gestion des nouveaux régimes ;
- de réaliser des *manuels de procédures* à l'intention des gestionnaires et des agents d'exploitation pour chaque branche.

### **6.1.2 Formation du personnel et renforcement des capacités opérationnelles**

Le résultat attendu est de pourvoir les organismes gestionnaires de personnels correctement formés aux nouvelles techniques de gestion administrative et financière de la sécurité sociale.

Pour mener à bien cette composante du projet, le gouvernement aura besoin du concours d'une équipe pluridisciplinaire, y compris en technique d'organisation et en informatique, pour une durée à définir, afin d'effectuer la formation approfondie des techniciens nationaux et surtout pour assurer, sur place, l'accompagnement nécessaire à la mise en œuvre des réformes au sein des organismes gestionnaires.

## **VII Apports**

### **7.1 Apport du PNUD/BIT**

#### **7.1.1 Personnel international attaché au projet**

- un expert en sécurité sociale pour une durée à définir ;
- un actuair statisticien pour une durée à définir ;
- un expert en organisation pour une durée à définir
- un ingénieur informatique pour durée à définir, etc.

## **7.1.2 Formation**

- prise en charge des frais d'organisation des séminaires nationaux de formation et de sensibilisation ;
- prise en charge des frais d'organisation d'ateliers modulaires spécifiques pour les gestionnaires et les techniciens des organismes ;
- fourniture de bourses d'études internationales pour cadres supérieurs de la sécurité sociale, sur plusieurs années.

## **7.1.3 Logiciel et Matériel : acquisition de logiciels et d'équipement informatiques pour les organismes gestionnaires et les administrateurs, la Direction générale du Travail**

### **7.1.3.1 Apport du Gouvernement (à déterminer)**

### **7.1.3.2 Personnel nationaux**

Il sera procédé au recrutement par sélection d'experts nationaux appelés à collaborer avec chacun des experts internationaux au cours de leur mission. Ils seront chargés de poursuivre les études et travaux entrepris et d'assurer les contacts avec les départements ministériels intéressés, les organisations socioprofessionnelles et, de manière générale, les personnes concernées par le projet.

Le gouvernement mettra en outre à la disposition du projet un statisticien pour la collecte des données et le suivi de la composante *actuariat* et un personnel de secrétariat.

### **7.1.3.3 Locaux**

Le gouvernement fournira tout l'appui nécessaire aux experts, notamment les bureaux devant abriter le projet.

## **VIII Risques**

Compte tenu de l'état de disfonctionnement de la Caisse de Prévoyance Sociale et de la méconnaissance des nouvelles branches de sécurité sociale à mettre en place, les risques de voir le projet s'étaler sur une longue période sont élevés. Le problème majeur qui pourrait retarder le démarrage effectif des activités pourrait être la difficulté à recruter rapidement et simultanément des experts de haute qualité.

## **IX Conditions préalables**

Néant.

## **Surveillance des travaux, évaluation, établissement des rapports**

Le projet sera l'objet d'un examen périodique, conformément aux procédures établies par le PNUD et le BIT pour la supervision et de l'exécution des projets. Les experts établiront en tant que de besoins des rapports sur l'état d'avancement du projet. Ils établiront chacun un rapport

semestriel à l'intention du Gouvernement contenant les résultats de leurs analyses et la mise en œuvre de leurs recommandations.

**Budget : à déterminer**

## **LISTE DES PERSONNES RENCONTREES**

Au cours de cette mission, nous avons rencontré les personnalités suivantes :

### **Présidence de l'Union**

- Son Excellence M. Mohamed Abdoulwahab, Directeur de Cabinet du Président de l'Union ;
- M. Mohamed Dossar, Secrétaire Général de la Présidence de l'Union ;
- M. Ibrahim Salim, Conseiller Juridique de la Présidence de l'Union.

### **Assemblée de l'Union**

- Son Excellence M. Youssouf Said, Vice – Président de l'Assemblée de l'Union.

### **Vice - Présidence Chargé de la Santé et de la Solidarité**

- Son Excellence M. Ikililou Dhoinine, Vice Président de l'Union chargé de la Santé et de la Solidarité ;
- Mme Hadji Abdallah Fatouma, Directrice nationale de la Solidarité.

### **Programme des Nations Unies pour le Développement**

- Son Excellence Mr Opla Mensah Kumah, Représentant résident du PNUD/UNFPA, Coordinateur du Système des Nations Unies ;
- Mr Ali Ismael, Responsable des Ressources Humaines.

### **Ministère des Finances**

- Son Excellence M. Hassani Hamadi, Ministre de l'Economie et des Finances ;
- Moindzé, Directeur du Budget ;
- M. Houssein Hassane, Trésorier Payeur Général.

### **Ministère de la Fonction Publique et du Travail**

- Son Excellence M. Madi Ali, Ministre de la Fonction publique et du Travail ;
- M. Cheik Allawi, Secrétaire Général de la Haute autorité de la Fonction publique ;
- M. Madi Oumar, Directeur Général du Travail.

### **Commissariat Général au Plan**

- M. Abalarab Abdouchacour, Commissaire Général.

### **Confédération des Travailleurs des Comores**

- M. Ibouroi Ali Tabibou, Secrétaire Général, en compagnie des membres du Bureau Confédéral.

### **Organisation Patronale/OPACO**

- M. Chamssoudine AHMED, Président ;
- M. Mohamed Mbéchezi, Conseiller, membre du Bureau de l'OPACO.

### **Jeune Chambre Internationale (JCI) Comores**

- Mme Rouzouna Soulé Hamadi, Présidente Nationale de la Jeune Chambre Internationale des Comores ;
- M. Cham.- Eddine Tourqui, Président de la Jeune Chambre Internationale Moroni ;
- M. Adjimon Aril, Coordonnateur de l'Université de la JCI pour l'Afrique et le Moyen Orient ;
- M. Kamal Abdallah, membre du Bureau de la JCI des Comores ;
- M. Djamil Mahamoud, membre du Bureau de la JCI des Comores.

### **Union Européenne**

- Mme Robson Audrée, Chargée de mission, en compagnie de Mr Javier Suarez, Economiste, Macro-Economie, Région Afrique/Banque Mondiale.

### **Service de la Coopération et de l'Action Culturelle de l'Ambassade de France**

- Mme Bauer Monique, Conseillère de Coopération et d'Action culturelle.

### **Groupe Agence Française de Développement**

- M. Philippe COLLIGNON, Directeur.

### **MECK Moroni**

- M. Chams Eddine Tourqui, Directeur de la Mutuelle d'Epargne et de Crédit de Moroni.

### **Caisse de Retraites des Comores – CRC-**

- M. Abdillahi Mzé Mouigni, Directeur Général de la CRC et l'ensemble de ses collaborateurs en particulier ;
- Mme Fatoumia Kalididine, Directeur Adjoint, chargée des Réformes désignée comme point *focal* de la mission.

### **Caisse Nationale de Prévoyance Sociale**

- M. Amir Said Jaffar, Conseiller chargé de l'intérim du Directeur Général de la CPS.

### **Mutuelle de Santé des militaires**

- M. Youssouf M. Djamani, Méd-Principal, Directeur du Service de Santé Militaire.

### **Association des Retraités**

- M. Mihidhoir, Président de l'Association des retraités ;
- M. Said Ahmed Said Ali, Représentant de l'Association des retraités.

### **Réseau Femme et Développement**

- Mme Moïnaécha Yahaya, membre du Réseau ;
- Mme Sitou Ragada, membre du Réseau.

### **Bureau Sous régional de l'OIT à Addis Abéba**

- M. Rawane Mbaye, Spécialiste sur les activités des Travailleurs ;
- M. Rainer Pritzer, Spécialiste en dialogue social et Administration du travail.

**ANNEXE 2**  
**LISTE DES PARTICIPANTS AUX DIFFERENTS GROUPES THEMATIQUES**

**1/ Jeune Chambre Internationale/ 20-03-07**

<b>Prénom et nom</b>	<b>Fonction</b>
Chams Eddine TOURQUI	Président 2007 OLM Moroni
Adjimon ARIEL	Coordonnateur de l'université JCI Afrique et Moyen Orient
Rouzouma Soulé HAMADI	Président Nationale 2007
Kamel Abdallah	Post Président National
Djamil MAHAMOUD	IPP 2007-JCI Comores
Mme KAMALIDDINE	Chargée des Réformes CRC

**2/ –Séance tripartite de Prise de contact à l'occasion de l'Atelier  
organisé par le BIT / Centre de Conférence / 20-03-07**

<b>Prénom et nom</b>	<b>Organisation et Fonction</b>
Kamal Eddine ALI	Directeur Général travail
Mhadji Mohame	Dir Général Travail – Affaires Internationales
Said Ahmed H	E.GT (SARL)
Maoulida DJOUBEIRE	Présidente du Tribunal de Travail de Moroni
Joel AHMED	Inspecteur du Travail
Houtoib THABITI	Secrétaire National chargé de l'Hygiène Sécurité Santé Travail CTC
Inzou Ali	Technicien Africal SNAC Bahatage Walimizin-Anjouan
Salim Soulaïmana	CTC Secrétaire Confédéral en charge des normes et sécurité sociale
	Secrétaire informatique de l'autorité portuaire comores
Ali Mohamed ASSOUMANI	UTAPC Officier de port
Mariama NZE ALI	CTC Secrétaire chargé des Initiation et animation à la syndicalisation des femmes
Ibrahima ALI SAILIH	SG
Ahamed Assoumani	SNTP ET SG GANZIDJA
Koulouthoune ASSOUMANI	Direction Générale du Travail
Abdoulhafor SOILIH	Direction Général du Travail
Soilhiya ACHIRAFI	MA MWE
Mohamed YASSER	Opaco
Baraha Anli Mari	SNPC (CTC)
Soyla Ali Said	SNIC (CTC)
Kamal ABDALLAH	BTSPC (SG)
Ramlaata Hassani	CTC
Abdillahi Mze MONIGNI	DG Caisse de Retraite
Mme KAMALIDDINE	Chargée des réformes/ Caisse de Retraite
Ali Mohame	SNTPC (SHIZA) Mohéli

### 3/Mission de revue de la Dette Croisée

CRC 22/03/07

Prénom et nom	Fonction
Hamada Moussa	Direction du Trésor
Robert CAUNEAU	Consultant IDAE
Ali Said Mboé	Trésor
Abdillahi Mze Monigni	DG Caisse de Retraite
Alidy Mamady	Chef comptable CRC
Mme KAMALIDDINE	Chargée des Réformes CRC

### 4/ Réunion tripartite avec les représentants de l'Administration, les représentants des organisations d'employeurs et les syndicats Hôtel Moroni 23-03-07

Prénom et nom	Fonction	Organisation
Mzemougni Abdillahi	Directeur Général	Caisse de Retraite
Ali Mohamed Assoumani	Officier Port Autorité Portuaire	APC UTAPC
Soilhiya ACHIRAFI	Responsable Formation et Gestion Carrière	MA MWE
Abdoulhafar Soilihi	Chargé des relations avec les entreprises DGT	Direction Générale du Travail
Abbas Mohamed EL HAD	Représentant de l'UCCIA	UCCIA
Houtoibou THABITI	SN Hyg Sécurité santé du travail CTC	CTC
Soyba Ali Said	Trésorière SNIC (Syndicat National des Instituteurs Comorien)	CTC
Housnata Mbae Hamidou	Assistante de Direction	OPACO (Patronal)
Maoulida Djoubeire	Présidente Tribunal du Travail de Moroni	
Ramlata Hassani	Sage Femme	CTC

	d'Etat S/G des droits humains et de la lutte contre les pandémies de la CTC	
Mariama Mzé Ali	SN Chargé de l'initiation et animation à la syndicalisation de la femme	CTC
kOULOOUTHOUNE Assoumani	Assistante de Direction	Direction Générale du Travail
Baraka Anli	Syndicat (membre CTC)	
Fatouma Ahmada	Secrétaire Informatique	UTAPC
Salim Soulaïmana	Secrétaire Confédéral en charge des Normes et de la Sécurité Sociale	CTC
Said Ahmed Houmeini	Chef du Personnel de l'EGT	
Nourou Swabohaddine	Dnat	
Kamal Eddine ALI	Inspecteur du Travail	DNT

**5/ Réunion avec les représentants de l'OPACO  
« Le Select » 23/03/07**

<b>Prénom et nom</b>	<b>Organisation et Fonction</b>
Chamsoudine Ahmed	Président
Mohaded Mbéchezi	Conseiller
Fatoumia Kalamidine	DG Adjoint CRC

**6/ Séance de travail avec Association de Retraités  
CRC / 24-03-07**

<b>Prénom et nom</b>	<b>Organisation et Fonction</b>
Mme Kamaliddine Fatoumia	CRC
SAID AHMED Said Ali	Collectif des retraités
Ali Eli MIHIDOIR	Collectif des retraités
Abdillahi Mzé Mouigni	DG Caisse de Retraite

**7/ Séance de travail avec le personnel de la CRC  
CRC/ 26 – 03- 07**

<b>Prénom et nom</b>	<b>Organisation et Fonction</b>
Mme Amina Ismail	Secrétaire comptable
Mme Fatouma Said	Secrétaire de Direction
Mlle Rahamata Oussouf	Sce Recouvrement
M. Alidy Hamady	Chef Comptable
M Chahira Mohamed	Chauffeur
M. Said ALIHOIDJA	Responsable Cellule Informatique
Melle Ichata Abderrmane	Secrétaire de Direction
Mme Fatima Athoumani	Secrétaire au Service pension
Djaffar Mmadi	Archiviste
El Hadji Mmadinoyousse	Employer de Bureau
Mamidane Said	Archiviste
Yahaya Djael	Recouvrement
Issouf Ben Eliasse	Chef de Service pension
Mme Kamaliddine Fatoumia	CRC
Abdillahi Mzé Mouigni	DG Caisse de Retraite

**8/ Séance de travail avec des membres du Conseil d'Administration de la  
CRC CRC 26-03-07/**

<b>Prénom et nom</b>	<b>Organisation et Fonction</b>
Moumini ABDOU	Député (Assemblée de l'Union)
Mze Mohamed	Employeur /Secteur Privé
Ali Soilihi Assoumani	Représentant des travailleurs/Secteur parapublic
Abdillahi Mzé Mouigni	DG CRC
Fatoumia Kalamidine	DG Adjoint CRC

## Annexe 3

### INDICATEURS DE L'OIT

#### Approche de la sécurité sociale fondée sur le développement La sécurité sociale à différents stades du développement économique

Pays à faible revenu	PNB par habitant (2005) inférieur à US Dollars 900			<b>Fourchette possible pour les dépenses sociales publiques, en % du PNB</b>
	<b>Enfants/adolescents</b>	<b>Population en âge de travailler</b>	<b>Vieillesse</b>	<b>Total 7-12</b>
Accès aux soins de santé	Accès universel basé sur des structures de financement international ; possibilité de sous-systèmes pour les secteurs formel et informel			
Accès à l'éducation / à la formation	Accès universel, grâce à des transferts en espèces	Accès aux services de l'emploi		
Sécurité de revenu	Prestations pour orphelins ; prestation pour enfants/prestations familiales, universelles ou sous condition de fréquentation scolaire	Protection de la maternité ; prestations universelles d'invalidité et de survivants ; programmes publics auto ciblés en faveur de l'emploi, avec des transferts en espèces ciblés si cela est faisable	Pensions de base universelles avec financement national et international ; assurance sociale complémentaire pour le secteur formel (si possible)	
<b>Pays à revenu moyen</b>	<b>PNB par habitant (2005) compris entre US dollars 900 et US dollars 11 000</b>			<b>Fourchette possible pour les dépenses sociales publique, en % du PNB</b>
	<b>Enfants/Adolescents</b>	<b>Population en âge de travailler</b>	<b>vieillesse</b>	<b>Total 10-15</b>
Accès aux soins de santé	Accès universel basé sur des structures de financement pluralistes			4-6
Accès à l'éducation / à la formation	Accès universel,	Accès à la formation continue afin d'améliorer l'employabilité et de faciliter le changement structurel		3-4
Sécurité de revenu	Prestations pour enfants universelles	Protection de la maternité ; accès universelles aux prestations d'invalidités et de survivants ; politiques du marché	Accès universel aux pensions de vieillesse avec des niveaux de remplacement du revenu corrects	3-5

		du travail, y compris un soutien du revenu pour les chômeurs ; assistance sociale		
<b>Pays à revenu moyen</b>	<b>PNB par habitant (2005) supérieur à US dollars 11 000</b>			<b>Fourchette possible pour les dépenses sociales publique, en % du PNB</b>
	<b>Enfants/Adolescents</b>	<b>Population en âge de travailler</b>	<b>vieillesse</b>	<b>Total 15+</b>
Accès aux soins de santé	Accès universel basé sur des structures de financement pluralistes			5-10
	Accès aux soins de longue durée			
Accès à l'éducation/à la formation	Accès universel	Accès à la formation continue afin d'améliorer l'employabilité et de faciliter le changement structure	Accès aux services de maintien de la capacité de travail (si souhaité)	5-8
Sécurité du revenu	Prestations pour enfants universelles	Protection de la maternité ; accès universelles aux prestations d'invalidités et de survivants ; gamme complètes de politiques du marché du travail, y compris prestation de chômage, assistance sociale	Accès universel aux pensions de vieillesse avec des niveaux de remplacement du revenu corrects	5-10

**Source :** Organisation internationale du Travail - Département de la sécurité sociale- Document de réflexion 16 - La sécurité sociale pour tous : un investissement dans le développement social et économique mondial- Août 2006

## Annexe 4

### INDICATEURS DE SUIVI DE LA SCRP DES COMORES

Indicateurs de suivi de la SCRP	Valeur de référence	Unité	Année de référence	cibles		
				2006	2007	2008
Taux de croissance réel						
- PIB	2,8	%	2005	3,5	5,1	7,0
- Secteur agriculture, élevage, pêche et sylviculture	3,8	%	2005	3,8	6,4	8,8
- Secteur Tourisme	3,6	%	2005	4,1	4,6	5,2
Encours de la dette extérieure, millions de FC	114810	En millions de FC	2005	114644	114614	118029
Service de la dette extérieure, millions de FC	2196	FC	2005	1541	1386	1410
Taux de chômage de jeunes de 15 à 24 ans	29,4	%	2004	25,9	24,1	22,3
Proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (PO)	44,8	%	2004	41,6	40	38,4
Profondeur de la pauvreté (P1)	12,8	%	2004	11,9	11,4	11,0
Sévérité de la pauvreté (P2)	6,2	%	2004	5,8	5,5	5,3
Coefficient d'inégalité (Gini)	55,7	%	2004	51,7	49,7	47,7
Proportion des enfants accusant une insuffisance pondérale	24,9	%	2004	21,6	20,0	18,4
Proportion des enfants accusant un retard de croissance	43,1	%	2004	37,1	34,2	31,2
Carences énergétiques	7,9	%	2004	6,8	6,2	5,6
Taux net de scolarisation primaire	73	%	2003	80	83	84
Proportion d'enfants atteignant la 5 <sup>ème</sup> année d'école	62,1	%	2003	66,5	68,2	69,1
Taux d'alphabétisation des jeunes adultes, en % de la population âgée de 12 à 24 ans	71,8	%	2004	76,8	82,8	87,6
Ration du nombre de filles par rapport aux garçons inscrits dans le primaire	0,96	%	2004	0,96	0,97	0,99
Ration du nombre de filles par rapport aux garçons inscrits dans le secondaire	0,89	%	2004	0,9	0,91	0,93
Rapport entre les populations féminine et masculine sachant lire et écrire (en proportion de la population âgée de 15-24 ans)	0,87	%	2004	0,9	0,91	0,93
Part des femmes dans l'emploi salarié non agricole	13,7	%	2004	15,	16,8	21,5
Femmes parlementaires, en % du total	2,3	%	2004	2,3	2,3	2,3
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, pour 1000 naissances vivantes	112,9	/1000	2003	91,4	84	76,3
Taux de mortalité infantile, pour 1000 naissances vivantes	83,2	/1000	2003	70,5	63,5	56,4
Enfants d'un an effectivement vaccinés contre la rougeole, pour 1000 naissances vivantes	73	%	2003	80	95	95
Taux de mortalité maternelle	381	%	2003	300	250	200
Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié	62	%	2000	64	66	68
Taux de séropositivité des femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans	0	%	2003	---	---	----
Utilisation d'un préservatif masculin lors du dernier rapport à risque	19,5	%	2003	25	30	35
Population âgées de 15-24 ans ayant une bonne connaissance générale du VIH/SIDA	1,6	%	2003	220	40	50
Taux de mortalité liée au paludisme tout âge confondu	2424	%	2000	22	2121	20

Taux de mortalité liée au paludisme enfants 0-4 ans, pour 100000 habitants	---	---	----	-----	-----	----
Taux de prévalence du paludisme, pour 100 000 habitants	34,6	/100 000		32	30	25
Cas de tuberculose, pour 100 000 habitants	15	/100 000	2002	12	10	8
Cas de tuberculose soigné selon la stratégie DOTS	94,5	%	2004	100	100	100
Proportions de zones forestières	2,8	%	2005	2,8	3,1	3,5
Aires protégées, % de la superficie totale	9,3	%	2005	9,3	10	12
Population ayant un accès régulier à un point d'eau aménagée	85,1	%	2004	87	89,5	91,8
Population ayant un accès régulier à un point d'eau aménagé en milieu rural	91	%	2004	92	93,5	95
Population ayant un accès régulier à un point d'eau aménagé en milieu urbain	82,2	%	2004	85	89,6	94,2
Nombre de lignes téléphoniques, pour 1000 habitants	21	/1000	2003	23,5	26,5	29,5
Nombres de lignes d'abonnés à internet, pour 1000 habitants	0,9	/1000	2003	1,32	1,43	1,54

## ANNEXE 5

### ASSISTANCE AU DEVELOPPEMENT DANS LE DOMAINE DE LA SANTE AUX COMORES : FLUX, INSTRUMENTS ET COORDINATION

#### 1 Tendances générales de l'Aide au développement

L'Aide extérieure qui couvre principalement les secteurs sociaux et particulièrement la santé a subi une augmentation jusqu'en 2002 avant de chuter en 2003. La part allouée à la santé dans cette aide a régulièrement augmenté.

Les dons alloués à la santé ont sensiblement diminué au détriment des prêts qui sont essentiellement constitués par des crédits IDA. Cette situation s'explique essentiellement par le retrait de certains partenaires pendant la crise socio-politique, le changement des priorités au détriment du secteur social (politique), la paralysie des instances de décision et l'absence d'options de négociation.

En raison de la crise institutionnelle, les Comores ne bénéficient presque d'aucun appui budgétaire.

#### 2. Principaux partenaires au développement et leurs domaines d'intervention.

##### 2.1. Coopération multilatérale

Au cours des 6 dernières années, l'union des Comores a bénéficié de l'aide multilatérale fournie par l'Union Européenne et les Agences des Nations Unies. Du côté bilatéral, une assistance substantielle a été apportée au secteur de la santé par la France et la Chine.

##### **Union Européenne**

Elle intervient dans les domaines de l'assainissement du milieu et les prévisions d'appui budgétaire pour 2004 sont de 19,7 millions<sup>54</sup> de francs comoriens soit environ 50.000 dollars US.

##### **Banque Mondiale**

Elle intervient dans la réhabilitation et l'équipement des infrastructures sanitaires, le renforcement institutionnel, la formation, la lutte contre le paludisme et VIH/SIDA, la promotion de la santé, l'assistance technique et l'approvisionnement en médicaments dans le cadre des crédits d'urgence.

Elle a contribué à hauteur de 2,30 milliards de francs comoriens soit plus de 5 millions de dollars US pendant les 3 dernières années et prévoit un montant de 758.2 millions<sup>55</sup> de francs comoriens soit 1,9 millions de dollars US pour 2004. Son intervention se poursuivra dans le cadre du Fonds d'Appui de Développement Communautaire (FADC) pour un montant de 1,4 millions de dollars US<sup>56</sup> pour les années à venir.

### **PNUD / FENU**

Il intervient dans la lutte contre le VIH/SIDA, la mise en place des mutuelles de santé et apporte l'assistance technique en cas de besoins.

De 2001 à 2002, il a alloué 226 millions<sup>57</sup> soit 574 mille dollars US aux activités de promotion des Mutuelles de Santé et prévoit pour 2004, un montant de 147,5 mille dollars US<sup>58</sup> pour le financement de la lutte contre le VIH/SIDA.

### **UNFPA**

Il intervient dans les domaines de la Santé de la Reproduction, de la lutte contre les IST/SIDA, de la Formation, de la Promotion de la santé du Système d'Information Sanitaire et accorde un appui particulier à la thématique Population et genre.

Pour la période 2001 à 2003, l'UNFPA a consacré un montant de 237,5 millions<sup>59</sup> de francs pour le biennium 2003-2007, un montant de 1,55 millions<sup>60</sup> de dollars US.

### **UNICEF**

L'UNICEF intervient dans le renforcement du Programme Elargi de Vaccination (PEV), l'amélioration du Système d'information sanitaire (SIS), la lutte contre IST/SIDA, la promotion de la maternité sans risque, la nutrition, la lutte contre le paludisme, la mise en œuvre de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), la promotion de la santé scolaire, de l'hygiène/ assainissement, la réponse aux urgences et actions humanitaires et la Promotion de la Santé.

De 2001 à 2003, l'UNICEF a consacré à ses activités un montant d'environ 443 millions<sup>61</sup> de francs comoriens soit 1,15 millions de dollars US. Les prévisions pour la période 2003-2007 s'élèvent à 2,12 millions<sup>62</sup> de dollars US dont 175 millions<sup>63</sup> de francs comoriens soit 444.000 dollars US pour l'année 2004.

### **FAO**

Elle intervient dans la sécurité alimentaire. Elle a consacré pour l'année 2003 un montant de 71 millions<sup>64</sup> de francs comoriens soit 180 mille dollars US pour cette activité. Et elle prévoit en 2004, un montant de 154 millions de francs comoriens soit 391.000 dollars US pour le financement de ses activités d'appui.

### **GAVI (Alliance Mondiale pour la Vaccination)**

GAVI intervient dans la formation des agents chargés de la vaccination, l'achat des vaccins monovalents contre l'hépatite B, la sécurité des injections par la dotation du pays en seringues autobloquantes et la construction des incinérateurs dans certaines structures sanitaires.

De 2002 à 2007, GAVI devrait consacrer à ces activités un montant d'environ 446.000\$ U.S dont 135 mille \$ U.S. pour les nouveaux vaccins, 37 mille \$ U.S. pour la sécurité des injections, 173,5 mille \$ pour le renforcement des capacités et 100 mille \$ pour les autres activités.

### **Union Africaine (UA)**

En 2002, l'Union Africaine a mis à la disposition des Comores un montant de 227mille USD pour des activités relatives au renforcement du système de santé et à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. La mise en œuvre de ces activités se fait grâce à l'appui technique de l'OMS qui assure également la gestion de ces fonds.

## **Fonds Mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose**

Les Comores devraient disposer de 2,5 millions de USD pour la lutte contre le paludisme pour les années 2004 et 2005 et de 2,3 millions de USD pour la lutte contre le VIH/SIDA pour les cinq années à venir.

### **2.2 Coopération bilatérale**

#### **France**

Elle intervient dans la réhabilitation des formations sanitaires, la maintenance hospitalière, le renforcement des capacités techniques du personnel de santé, la santé mentale, l'assistance technique et la formation.

Elle a consacré un montant de plus de 454 millions<sup>66</sup> de francs comoriens à ces activités entre 2001 et 2003. Elle prévoit 717,9 millions<sup>67</sup> de francs comoriens soit 1,8 millions de dollars US en 2004 dans le cadre du Programme de Développement Local Comores (PDLC).

#### **Chine**

Elle apporte l'assistance technique et contribue au renforcement des capacités techniques des structures de santé de référence par l'octroi de médecins spécialistes.

Elle a investi un montant de 10,4 millions<sup>68</sup> de francs comoriens soit 26.400 dollars US dans ses activités en 2003. Elle prévoit la continuation de son intervention dans les années à venir.

#### **Emirat de Sharjah**

Il intervient dans la Construction d'infrastructures sanitaires de manière ponctuelle. Ainsi, il a consacré un montant de 800 millions de francs comoriens soit plus de 2 millions de USD<sup>69</sup> de francs comoriens pour la réhabilitation en cours de l'Hôpital El Maarouf.

### **2.3. Organisations Non Gouvernementales (ONG)**

#### **ONG internationales**

Les ONG internationales qui interviennent aux Comores sont la Fondation DAMIEN et AIFO (lutte contre la tuberculose et la lèpre), la Croix Rouge Française (Education pour la santé). Santé scolaire, lutte contre le paludisme, VIH/SIDA), DIA (Assainissement/Hygiène , Promotion et prévention de la santé , prévention et le contrôle des épidémies), CARITAS (vaccination et nutrition), IIRO : Organisation Islamique Internationale de secours (construction de formations sanitaires, approvisionnement en médicaments et assistance technique).

#### **ONG nationales**

Les ONG locales impliquées dans le secteur de la santé sont l'Association Comorienne pour le Bien être Familial (ASCOBEF) qui intervient dans des secteurs variés : Santé de la Reproduction, IST/SIDA, Santé des Adolescents et lutte contre le paludisme, le Croissant Rouge Comorien (Education pour la santé, la Santé scolaire, la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA), CAP : Collaboration Action Prévention (nutrition à base communautaire, IST/SIDA et adduction d'eau potable), AL HARAMAINE (adduction d'eau potable), AMA : Agence des Musulmans d'Afrique (Santé Scolaire).

### **3. Mécanismes et instruments de coordination**

La coordination des partenaires à l'action sanitaire est concrétisée par les rencontres de concertation périodiques des différents comités de coordination inter agences et des groupes thématiques. Ces concertations périodiques visent à harmoniser les différentes stratégies et actions sur le terrain.

Au niveau du Système des Nations Unies on note une participation active de toutes les Agences à l'élaboration du bilan Commun des Pays (CCA), la mise en œuvre du Cadre pour l'Assistance des Agences du Système des Nations Unies (UNDAF), au fonctionnement des groupes thématiques ONUSIDA et Genre, l'élaboration du rapport intérimaire sur le Document de Stratégie sur la Réduction de la Pauvreté (PRSP), et à l'élaboration du rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Par ailleurs le système des Nations Unies a mis en place de deux sous-comités techniques chargés des programmes et de la communication pour toutes les Agences opérationnelles du Système des Nations Unies aux Comores.

Un dispositif de coordination (CCM), également présidé par le Ministre des affaires sociales, donne ses avis et son aval aux propositions et requêtes soumises au Fonds Mondial dans le cadre de la lutte contre le Paludisme, le VIH/SIDA et la Tuberculose.

La mise en place de ces différents mécanismes, sous la présidence du Ministre des affaires sociales témoigne de la volonté du Gouvernement d'assurer une meilleure coordination des intervenants.

Malgré tous les efforts menés pour assurer une certaine cohérence et une coordination harmonieuse des interventions menées à différents niveaux opérationnels, des difficultés de coordination existent, ce qui rend difficile la mise en œuvre des activités dans les délais planifiés.

### **4 Programme actuel de coopération OMS/pays**

La coopération OMS/Comores a commencé avec l'Accord cadre signé en Janvier 1976, soit 6 mois après l'indépendance du pays le 6 juillet 1975. Ce bureau de liaison dont l'activité a été dominée par la lutte anti-vectorielle, a été transformé en bureau de Représentation en 1986.

La période 1987 à 1990 est marquée par le développement du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, l'organisation du système de santé basé sur le district sanitaire, la promotion de l'Initiative de Bamako pour le financement des soins de santé à travers les médicaments essentiels, la mise en place du programme national de lutte contre le VIH/SIDA.

De 1990 à 1999, les efforts de développement du système de santé se sont poursuivis par l'élaboration et la révision du Plan national de développement sanitaire perspective 2010, la revue du code de la santé Publique et de l'action sociale, la mise en place d'une commission d'attribution des bourses d'études, la création d'un comité national d'alerte et de lutte contre les épidémies (CNALE), l'élaboration de la politique pharmaceutique nationale.

Au cours de la période allant de 2000 à nos jours, la coopération s'est poursuivie, et ainsi, ont pu être élaborés le Plan de développement des ressources humaines 2001-2010, la Politique nationale de santé, le Programme triennal d'investissement, le plan stratégique « Faire reculer le paludisme » et celui de la surveillance intégrée des maladies transmissibles.

**Source** : OMS/Stratégie Oms de Coopération avec l'Union des Comores/ 2005-2009.

## Annexe 6

### PROJET D'ORDONNANCE(existant)

### PORTANT CREATION DUN ORGANISME DE PROTECTION SOCIALE AUX COMORES

---

### L'ASSEMBLEE NATIONALE A ADOPTE LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE PROMULGUE LA LOI DONT LA TENEUR SUIT:

Vu la charte constitutionnelle du  
Vu la loi n° portant organisation financière des Etablissements Publics,  
Vu le décret n° portant remaniement des membres du gouvernement comorien et fixant ses attributions  
Vu les avis des Conseils d'Administration de la Caisse Nationale de Protection Sociale et de la Caisse de Retraite des Comores  
Sur proposition conjointe du Ministre des finances et du budget chargé de la gestion de la Caisse de Retraite des Comores et du Ministre de la fonction publique chargé de la tutelle de la Caisse Nationale de Protection Sociale  
Conseil des Ministres entendus en sa séance du

### TITRE I ORGANISATION

#### CHAPITRE I: Principes généraux

**Article 1** : Il est créé un établissement public à caractère administratif doté personnalité morale et de l'autonomie financière, dénommé Organisme de Protection Sociale, en abrégé O.P.S.

L'O.P.S est soumis aux dispositions régissant les établissements publics et ses comptes relèvent du contrôle de l'inspection générale des finances.

**Article 2** : L'OP.S. est chargée de la gestion des différents régimes de protection sociale existant en République des Comores, ainsi que des prestations de soins aux travailleurs victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles et à leurs familles.

L'O.P.S. est chargé d'assurer au profit de ses ressortissants :

- le recensement, l'immatriculation, l'information des assurés de leurs droits et obligations, la perception des cotisations ainsi que de la liquidation de diverses prestations ;
- le recouvrement des cotisations suivant la limite de leur exigibilité, sous peine, des majorations de retard et pénalités y afférentes en cas des cotisations impayées.

**Article 3 :** L'assujettissement à l'Organisme de Protection Sociale est obligatoire pour tous les employeurs publics et privés indépendants ou utilisateurs de main-d'œuvre.  
La couverture pourra être étendue à d'autres catégories sociales par décret pris en Conseil des Ministres.

**Article 4 :** Les bénéficiaires des prestations et services de l'O.P.S. sont les travailleurs qui, dans le cadre de leur emploi, cotisent ou ont cotisé selon les modalités définies par les textes, auprès de cet établissement.

## **CHAPITRE II: Organisation administrative**

**Article 5 :** L'O.P.S. est administré par un Conseil d'Administration composé de 15 membres, répartis comme suit :

- 4 représentants de l'Etat
- 3 représentants employeurs du secteur privé
- 4 représentants des travailleurs
- 2 députés
- 2 retraités

**Article 6 :** Le Président du Conseil est élu par ses pairs au scrutin secret. En vertu des pouvoirs de contrôle du Conseil, il veille à la régularité du fonctionnement de l'organisme, préside les réunions du Conseil dont il assure l'ordre et la police. Il signe tous les actes et délibérations et représente l'organisme devant les autorités compétentes.

**Article 6 bis :** En cas d'absence du Président titulaire, la présidence de la séance est confiée à l'administrateur le plus âgé parmi les membres du Conseil d'Administration.

**Article 7 :** Les membres du Conseil d'Administration sont désignés par décret pris en conseil des ministres.

**Article 8 :** Le mandat des membres du Conseil d'Administration est de 3 ans. Il est renouvelable.

**Article 9 :** Les fonctions d'administrateur de l'O.P.S. sont gratuites. Seuls les frais de déplacement sont remboursés sur justification.

**Article 10 :** Lorsqu'une vacance se produit parmi les membres du Conseil d'Administration, il est pourvu au remplacement de l'administrateur défaillant dans un délai maximal de 2 mois.  
Le mandat du nouvel administrateur ainsi désigné prend fin à la date d'expiration du mandat du titulaire qu'il remplace.

**Article 11 :** Les administrateurs de l'O.P.S., ainsi que leurs conjoints ne peuvent occuper, sous peine de perte de leur mandat, aucun emploi rémunéré par l'Organisme.  
Ils ne peuvent prendre ou conserver un intérêt direct ou indirect dans un marché, convention ou contrat passé par l'O.P.S. ou pour le compte de l'organisme sauf autorisation expresse délivrée par arrêté portant dérogation à l'article ci-dessus.

**Article 12 :** Le Conseil d'Administration de l'O.P.S. se réunit en séance ordinaire, une fois par trimestre au moins, et en séance extraordinaire, soit à l'initiative de son Président, soit à la demande du quart des administrateurs.

**Article 13 :** L'ordre du jour des séances du Conseil d'Administration est arrêté par le Président du Conseil d'Administration sur proposition du Directeur de l'Organisme, et comprend obligatoirement toute question dont l'inscription est demandée par le quart au moins des administrateurs.

**Article 14 :** Les séances du Conseil d'Administration ne peuvent se tenir que si la moitié au moins des administrateurs assistent en personne à la séance.

Un administrateur peut se faire représenter à une séance par un de ses collègues, mais il ne peut être donné plus d'un pouvoir à un même administrateur.

Les décisions du Conseil d'Administration sont prises à la majorité des membres présents ou représentés, et transmises à l'autorité de tutelle pour approbation. En cas de refus l'autorité compétente rejette la délibération par arrêté motivé.

**Article 15 :** Chaque séance du Conseil d'Administration donne lieu à l'établissement d'un Procès-verbal signé par tous les membres présents à la séance.

Le secrétariat du Conseil d'Administration est assuré par le directeur de l'O.P.S.

**Article 16:** Le Conseil d'Administration délibère obligatoirement sur :

- le budget des opérations confiées à l'organisme notamment le fonctionnement des divers régimes de protection sociale,
- tous actes qui ont pour effet d'augmenter, modifier ou diminuer le patrimoine de l'Organisme ; achats, ventes, échanges, baux etc...
- les remises gracieuses et admissions en non-valeur,
- acceptation des dons et legs.

**Article 17 :** -Le Conseil d'Administration est obligatoirement consulté sur tous les projets de réglementation concernant les matières suivantes :

- l'organisation du régime administratif et financier de l'Organisme,
- les règles d'assiette et les modes de règlement des cotisations,
- le régime des diverses prestations à caractère social et celui des soins médicaux.

**Article 18 :** Le Conseil d'Administration est obligatoirement consulté sur la nomination du Directeur, des deux directeurs — adjoints et l'agent comptable de l'Organisme.

Il peut proposer à l'autorité de Tutelle toutes mesures de sanction à leur encontre.

**Article 19:** Le Président du Conseil d'Administration est responsable de l'administration de l'O.P.S. devant l'autorité de tutelle.

A ce titre, il veille à la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de protection sociale et contrôle l'exécution des délibérations du Conseil.

**Article 20:** Le Directeur de l'O.P.S. et l'agent comptable sont nommés par arrêté pris en conseil des ministres, après consultation du Conseil d'Administration.

Il est mis fin à leurs fonctions selon la même procédure.

Les directeurs adjoints sont nommés par arrêté simple après consultation du Conseil d'Administration.

Le reste du personnel est engagé et licencié par le Directeur sans préjudice des lois et règlements en vigueur en la matière. Toutefois, le personnel médical permanent ne peut être recruté par le Directeur qu'après avis du Président du Conseil d'Administration et du Conseil de l'Ordre des Médecins.

**Article 21 :** Le directeur gère l'OPS. et dirige l'ensemble des services placés sous son autorité, sous réserve des dispositions concernant l'agent comptable.

Il est assisté de deux directeurs adjoints un directeur adjoint technique et un directeur adjoint administratif et financier.

**Article 22 :** Le service du fichier central qui est chargé de la tenue des fichiers informatiques, de la délivrance des immatriculations et de l'élaboration des statistiques est rattaché au Directeur. Il est encadré par un chef de service.

Le Directeur adjoint technique a autorisé sur les services :

- accidents du travail et soins,
- prestations familiales, vieillesse.

Le Directeur adjoint administratif et financier a autorité sur les services :

- contentieux et affaires juridiques,
- recouvrement et contrôle,
- gestion des personnels, solde et entretien.

Sous l'autorité du Directeur, l'Agent Comptable anime les services :

- comptabilité et section recettes et achats,
- contrôle des prestations et contrôle des engagements.

**Article 23 :** Le service « accidents du travail et soins » est confié à un médecin chef désigné par délibération du Conseil d'Administration. Outre l'exercice de la médecine du travail et de contrôle, il coordonne toutes les activités qui relèvent de ce service et en assure la bonne marche et le développement.

**Article 24 :** Un décret pris en conseil des Ministres précisera le fonctionnement des services.

**Article 25 :** Le Directeur est ordonnateur du budget de l'Organisme.

Il représente l'O.P.S. dans tous les actes de la vie civile et devant les tribunaux.

**Article 26 :** Le Directeur est responsable du recouvrement des cotisations dues à l'Organisme.

Il procède à l'émission des mises en demeure et signe les états exécutoires de recouvrement.

**Article 27 :** Le Directeur de l'OPS exécute les décisions du Conseil d'Administration auquel il assiste à titre consultatif sauf lorsque celui-ci en décide autrement.

Il établit un rapport annuel de gestion qu'il soumet au plus tard le 31 mars de l'année suivant l'année écoulée au Conseil d'Administration.

Après séance et avis du Conseil d'Administration le Président transmet le rapport à l'autorité de tutelle.

**Article 28 :** Le Directeur peut déléguer sa signature à ses adjoints, et à un ou plusieurs agents de l'Organisme.

La délégation de signature ne peut en aucun cas être générale et impersonnelle, elle doit préciser la nature, et éventuellement le montant, des opérations pour lesquelles elle a été accordée.

**Article 29 :** En aucun cas, l'agent comptable ne peut recevoir délégation du Directeur, ni assurer sa suppléance.

**Article 30 :** Toutes les décisions de délégation ou de suppléance du Directeur doivent être approuvées par le Président du Conseil d'Administration.

**Article 31 :** La Tutelle de l'autorité publique s'exerce sur les actes et les personnes de l'O.P.S. selon les modalités suivantes

Toutes les délibérations du Conseil d'Administration sont immédiatement transmises pour approbation à l'autorité de tutelle qui peut les rejeter ou demander leur modification dans un délai de 15 jours.

### **CHAPITRE III : Organisation Financière et Comptable**

**Article 32 :** Les opérations de recettes et de dépenses de l'Organisme de Protection Sociale sont rattachées selon leur nature à l'une des gestions suivantes

A) - Gestion des Prestations Familiales qui retrace les ressources attribuées au régime des Prestations Familiales et les Prestations payées aux allocataires au titre des allocations familiales et des indemnités à verser, en application de l'article 116 du Code du Travail, aux femmes salariées enceintes.

B) - Gestion des Accidents du Travail et des Soins qui retrace les ressources attribuées au régime des Accidents du Travail et des Soins et les dépenses supportées par ce régime (rentes, indemnités journalières, achats de médicaments, réactifs et autre matériel médical), y compris la dotation pour capitaux constitutifs de rentes, ainsi que les versements au fonds de garantie des Accidents du Travail et des Soins.

C) - Gestion du régime vieillesse qui retrace les ressources et dépenses résultant des pensions et des allocations uniques.

D) - Gestion des Opérations Administratives qui retrace les recettes et les dépenses de fonctionnement de l'organisme et les opérations en capital ne concernant pas les autres gestions.

**Article 33 :** Les ressources permanentes de l'Organisme de Protection Sociale sont constituées par les cotisations des Employeurs Publics ou Privés et par celles des employés qui y sont immatriculés.

Ces cotisations sont affectées au financement des différentes gestions de l'organisme selon les modalités suivantes

- régime des prestations familiales (régime A) 5,5%
- régime des accidents de travail et soins (régime B) 6,2%
- régime vieillesse (régime V) 8%

**Article 34 :** Les opérations financières et comptables de 102.5. sont placées sous la responsabilité d'un agent comptable nommé par arrêté en Conseil des Ministres, conformément aux dispositions de la présente ordonnance.

L'arrêté de nomination de l'agent comptable détermine le montant du cautionnement exigible.

**Article 35 :** L'agent comptable de l'O.P.S. est personnellement et pécuniairement responsable des opérations qu'il effectue et des contrôles qu'il est tenu d'exercer, qu'il s'agisse de recettes, de dépenses ou de la conservation du patrimoine de l'Organisme

Il tient la comptabilité générale et la comptabilité des matières de l'O.P.S. selon les règles de la comptabilité publique.

**Article 36 :** Les documents autorisant les opérations de débit des comptes bancaires de l'Organisme, les sorties de caisse, les remises gracieuses ou admissions en non-valeur doivent obligatoirement comporter la double signature du directeur et du comptable, ou de leurs mandataires agréés par le Conseil d'Administration.

**Article 37 :** L'agent comptable de l'O.P.S., tient les livres comptables de l'Organisme conformément à la réglementation en vigueur.

il doit, en outre, produire sous la responsabilité du directeur

- une situation de trésorerie trimestrielle,
- un budget prévisionnel, chaque année, avant le dernier mois de chaque service pour l'exercice suivant,
- un compte financier définitif avant la fin du 6eme mois de chaque service, pour l'exercice précédent. Ce compte financier doit être certifié par le ou les commissaires aux comptes et doit comprendre

Le salaire journalier servant de base au calcul de cette indemnité ne peut toutefois dépasser le salaire journalier correspondant au plafond de la rémunération annuelle prévue par les textes.

Article 53 Les présentes dispositions s'appliquent aux prestations qui ne sont pas encore payées au jour de la promulgation de la loi.

### **TITRE 3 MODALITES DE PAIEMENT**

**Article 54 :** Le paiement des pensions est fixé à terme échu au 1<sup>er</sup> janvier, 1<sup>er</sup> avril, 1<sup>er</sup> juillet, et au 1<sup>er</sup> octobre de chaque année.

Le montant de la pension est remis à l'intéressé sur justification de son identité le paiement par procuration est admis à titre exceptionnel et il ne peut dans tous les cas excéder une seule échéance.

**Article 55 :** Les prestations familiales payées au guichet de l'O.P.S. sont servies tous les 1<sup>er</sup> février, 2<sup>nd</sup> mai, 1<sup>er</sup> août, et 1<sup>er</sup> novembre de chaque année à l'exception des indemnités allouées aux femmes enceintes salariées payables mensuellement.

**Article 56 :** Les échéances vont être appliquées immédiatement et l'OPS va mettre en place un plan d'apurement des arriérés des prestations avec priorité au paiement des pensions.

Fait à

Le Président de la République,  
Chef du Gouvernement

*Annexe 7*  
**LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES**

- OIT/*Rapport au Gouvernement sur l'analyse financière et comptable de la Caisse de prévoyance sociale*, Organisation Internationale du Travail (1998)
- OIT/*Note technique au Gouvernement sur la situation de la protection sociale*, OIT/TAP/Comores/R.2, Bureau International du Travail, Genève, Secteur de la Protection sociale (2001)
- *Stratégie Nationale sur la Protection des enfants les plus vulnérables aux Comores* (Octobre 2004)
- Commissariat Général au Plan/Union des Comores - *Pauvreté, Inégalité et Marché du Travail dans l'Union des Comores* (Eléments d'analyse fondés sur l'enquête des ménages de 2004)- (1<sup>ère</sup> Edition 2005)
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) - *Rapport Mondial sur le Développement Humain - 2006*
- *Analyse du système de retraite de la Caisse de Retraites des Comores (CRC) Diagnostic et Recommandations*, (ADECRI/PARIS/NOVEMBRE 2002-Michel Guinolas, Directeur de Projet)
- *Mémoire sur les projets financés par le FED*, Union Européenne- Délégation de la Commission Européenne chargée des Comores
- Union des Comores, Services du Chef de l'Etat, Direction Générale du Plan -*Enquête à indicateurs multiples –MICS 2000*, (mars 2001)
- GIP Santé/*Protection Sociale, Programme d'activités pluri-annuel du groupement* (2005-2007)
- *Constitution du nouvel Ensemble Comorien*.
- *Loi n° 80-10 relative aux établissements publics aux sociétés d'Etat, aux sociétés d'économie mixte et aux personnes morales de droit privé bénéficiant du concours financiers de l'Etat*
- *Projet d'ordonnance portant création d'un organisme de protection sociale aux Comores*
- Caisse de Retraites des Comores, Direction Générale/Etudes et réformes, *plan d'action* (2007)
- *Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté*, Document

Intérimaire actualisé (10 octobre 2005)

- CIDR/*Développement du réseau d'organisations, mutualistes en Union des Comores*, Rapport d'activités année 2 – (Juillet 2005 à juin 2006)
- CIDR -*Appui à la création d'un réseau de mutuelles de santé villageoises autogérées de l'Ile de Ndzouani- Union des Comores*/Etude de faisabilité- Mars 2006
- CIDR- *Développement du Réseau d'organisation mutualistes en Union des Comores – Moheli- Union des Comores – Rapport d'activité- juillet 2005 à juin 2006*
- CIDR-*Six months report – fifth Semester* (February-2007)
- *Finalisation du Plan de préparation et de réponse aux urgences*. M. Hamidi Soulé – Point focal de l'ONU/SIPC – Moroni – Comores
- Union des Comores – *OMD – Rapport national 2005*
- Commissariat Général au Plan, *Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté, programme d'investissement public (PIP)-2006-2009*, document provisoire - octobre 2005.
- OMS/*Stratégie Oms de Coopération avec l'Union des Comores/ 2005-2009*
- OIT/Département de la sécurité sociale- *Document de réflexion 16 - La sécurité sociale pour tous : un investissement dans le développement social et économique mondial- Août 2006*